

ANNAIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

Diretor: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Secretário: ANTÔNIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020

Caixa Postal, 1574 — São Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano Cr\$ 50,00 — Numero avulso Cr\$ 5,00

VOL. LI

Janeiro de 1946

N. 1

Sumário:

| | Pág. |
|--|------|
| Malária e DDT — Drs. ABEL VARGAS e SILVINO FARIA..... | 5 |
| La mandíbula de los aborígenes prehispánicos de Mendoza — Dr. CARLOS RUSCONI | 21 |
| Produção médica de São Paulo: | |
| Associação Paulista de Medicina: | |
| Higiene e Medicina Tropical..... | 29 |
| Neuropsiquiatria..... | 31 |
| Cirurgia..... | 34 |
| Dermatologia e Sifilografia..... | 40 |
| Pediatria..... | 47 |
| Eletividade Médica..... | 54 |
| Oto-rino-laringologia..... | 68 |
| Medicina..... | 69 |
| Urologia..... | 71 |
| Ginecologia e Obstetrícia..... | 72 |
| Sociedade Médica São Lucas..... | 74 |
| Sociedade de Oftalmologia de São Paulo... | 76 |
| Sociedade de Gastroenterologia e Nutrição. | 77 |
| Outras Sociedades..... | 78 |
| Vida Médica de São Paulo: | |
| Hospital Vital Brasil..... | 79 |
| Sociedade de Medicina Legal e Criminologia | 80 |
| Centro de Estudos Franco da Rocha..... | 81 |
| Congressos Médicos..... | 81 |
| Imprensa Médica de São Paulo..... | 84 |
| Literatura Médica..... | 86 |

Triod Zambelletti

Preparado organico tri-iodo-asotado

Máxima eficiencia curativa - Destacado neurotropismo - Ausencia de retenção - Perfeita tolerancia local e geral.

INDICAÇÃO: Artrismo - Artrite deformante - Localizações microbianas e tuberculares - Adenopatias - Afecções parasiticas - Intoxicações exogenas e endogenas tambem dos centros nervosos - Arterioesclerose - Polissarcia - Anexites.

Injeções intra-musculares e endovenosas.

Ampolas de 2 e de 5cc.

Via bucal: comprimidos em vidros de 50

**LAB. ZAMBELETTI LTDA. - CAIXA, 2069
SÃO PAULO**

Uma novidade terapêutica, eficaz e atóxica

GENCITROPINA LABOTHERPE

Formula:

| CADA DRAGEA CONTEM: | ADULTOS | INFANTIL |
|-------------------------------|-------------------|-----------|
| Violeta de genciana . . . | 0,06 g | 0,02 g |
| Arrenal | 0,03 g | 0,01 g |
| Sulfato de atropina . . . | 0,00024 g | 0,00008 g |
| Excipiente q.s. para 1 dragea | gastro-refrataria | |

INDICAÇÕES: Giardia intestinalis, Infestação por Enterobius vermiculares, Estrongiloides, Estercolaris e por Heminolepis.

**LABORATÓRIO BRASILEIRO DE TERAPEUTICA LTDA.
CAIXA POSTAL, 3018 - RUA S. JOAQUIM, 381 - TEL. 7-2955 - S. PAULO**

Medical
Anais Paulistas
de Medicina
e Cirurgia

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO
SECRETÁRIO: ANTONIO SALDANHA LOURES

Rua Pirapitingui, 114 — Telefone, 7-4020
Caixa Postal, 1574, S. Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 ano . . . Cr \$ 50,00 — Numero avulso . . . Cr \$ 5,00

Vol. LI

Janeiro de 1946

N. 1

Malaria e DDT. *

Drs. Abel Vargas e Silvino Faria

Malariólogos da Light and Power

A eliminação do mosquito transmissor, em qualquer das suas fases, é sem dúvida o mais racional dos meios de combate à malária, pelo menos no estado atual dos nossos conhecimentos. Evidentemente quando é possível ser usada de um modo específico a luta anti-larvária os resultados são magníficos.

Entretanto, os Serviços de Prevenção, em que racionalmente se empregam os métodos anti-larvários, são bastante custosos e sofrem por vezes entraves de ordem técnica, de sorte que a atenção dos observadores teve que se voltar para a destruição desse mesmo transmissor, na sua fase alada, dentro das próprias habitações. Já o saudoso cientista patricio Carlos Chagas, há 30 anos passados, preconizava o expurgo domiciliar pelo gaz sulfuroso, como processo máximo de redução da malária. Depois que surgiram os inseticidas líquidos à base de piretro, a destruição de mosquitos dentro das casas veio constituir um excelente processo de combate à malária e à febre amarela, com plenos êxitos assinalados, tanto no estrangeiro como em nosso país.

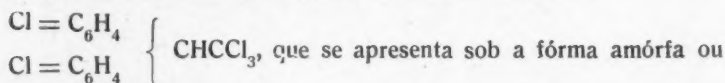
Infelizmente os expurgos pelo gaz sulfuroso são caros e muito pouco práticos; a nebulização pelos inseticidas líquidos à base de piretro, se bem que de eficiência comprovada, tem ação momentânea e ainda mais são repelentes, de sorte que uma grande parte dos mosquitos, mesmo já infetados, pôde escapar à destruição. Levando vantagem ao gaz sulfuroso, piretro, etc., pela sua ação residual de semanas senão meses, surge agora o

* Trabalho lido na Associação Paulista de Medicina na sessão de Higiene e Medicina Tropical, em 4-10-945.

emprego de uma substância química, conhecida há quasi 70 anos, que abre largas perspectivas ao combate das doenças transmitidas por inséto. Com efeito em 1874 OTHMAN GREDLER, estudante de química em Strasbourg, sintetizava pela primeira vez o dichloro-difenil-trichloreto, abreviadamente agora, DDT. Esse composto chlorado permaneceu esquecido e sem utilidade prática até 1939, quando PAUL MULLER da Geigy, Companhia Suíça, descobriu suas extraordinárias propriedades inseticidas. Daí para cá os sucessos obtidos com o emprego do DDT, como agente da profilaxia de doenças transmitidas por inséto sugadores, tem profilaxia de doenças transmitidas por inséto sugadores tem despertado a atenção dos epidemiologistas.

servido de tema para sensacionais artigos na imprensa de quasi

Deixando de parte a química do DDT, que aliás é bem complicada, lembraremos apenas que a sua fórmula é



de cristais brancos com o seu ponto de fusão entre 106 e 108 graus centígrados; que é insolúvel na água e moderadamente solúvel nos óleos minerais, solúvel no éter e clorofórmio.

O emprego do DDT, como meio de combate à malária e tifo exantemático, data de 2. ou 3 anos somente, havendo mesmo muito poucas referências sobre aplicações práticas desse inseticida na literatura especializada. No "meeting" da 38.ª sessão da Real Sociedade de Medicina Tropical e Higiene, Londres, em que foi discutido um trabalho de L. S. EDDY sobre expurgos para destruir mosquitos, o Cel. S. P. JAMES e outros fizeram referência ao DDT, que seria mais eficiente que os inseticidas comumente usados, em vista de sua ação residual. P. A. BUXTON também na reunião do dia 15 de fevereiro do ano corrente, na mesma Sociedade, apresentou longo e valioso trabalho sobre ação do DDT em diferentes inséto, bem assim como analisou os seus efeitos tóxicos em diversos mamíferos.

Esse trabalho mereceu vários comentários, entre os quais o de Sir HAROLD SCOTT e de JORGE MACDONALD, tendo este último mencionado os efeitos do DDT contra mosquitos no interior de casas, cocheiras e estábulos, citando mesmo trabalhos práticos executados na África e na Europa.

Entre nós já têm sido publicados resultados de experiências feitas com o DDT como larvicida.

Em São Paulo o Prof. RICHARD WASICKY e O. UNTI experimentaram em laboratório a ação do DDT sobre larvas de várias espécies de culicídeos, com resultados satisfatórios. TAVARES DE LUCENA, em Recife, determinou os efeitos do dichloro-difenil-trichloreto, sobre as larvas de anófeles em natureza,

com bastante êxito. São as referências que conhecemos sôbre as possibilidades de aplicações prticas do dichloro-difenil-trichloreto em profilaxia de malária.

E' muito provável que já existam Serviços de Prevenção na África, Europa e no Pacífico e mesmo talvez no Brasil, em que o uso do DDT tenha já passado de experiências.

Nos primeiros meses de 1944, em vista de artigos em jornais e revistas americanas, nos quais se proclamavam os êxitos surpreendentes obtidos com o emprego do DDT no tifo exantemático e mesmo na malária, procuramos obter dos Estados Unidos, por intermédio do nosso Escritório em Toronto, uma pe-



Fig. 1 — Tipo de compressor usado para espargir a solução de DDT

quena quantidade do dichloro-difenil-trichloreto, para experiências em nosso Serviço de Lages. Graças, entretanto, à bondade dos Diretores da Geigy do Brasil, nos foi possível antecipar essas experiências. Assim é que em 14 de Setembro de 1944 um técnico dessa Companhia fez uma demonstração prática do emprego do DDT dissolvido em querosene, em nosso Serviço. Os resultados nos surpreenderam tanto que não tivemos dúvidas em voltar toda a nossa atenção para esse novo processo de destruição de mosquitos adultos como escôpo principal de defesa contra a malária. As experiências foram feitas em dois barracões abertos e num outro inteiramente telado, à prova de mosquitos. Por meio de vaporizadores Vilbs (fig. 1), acionados por um pequeno compressor elétrico, todas as superfícies

desses barracões foram submetidas a uma solução de DDT em querosene a 5%, de modo que cada metro quadrado recebesse 5 grs. de solução. Procedeu-se como si se pintasse uma parede a Duco. Dessa maneira, os cristais de dichloro-difenil-trichloretano, depois de evaporado o querosene, ficavam depositados nas superfícies em uma tênue e aderente camada (fig. 2). Para que a experiência tivesse mais valor, só foram tomados em consideração os resultados obtidos em quartos fechados, onde tínhamos a certeza do número de mosquitos submetidos à ação tóxica da substância empregada. Oito horas depois de ter sido espargida a solução de DDT por tôdas as superfícies do quarto,

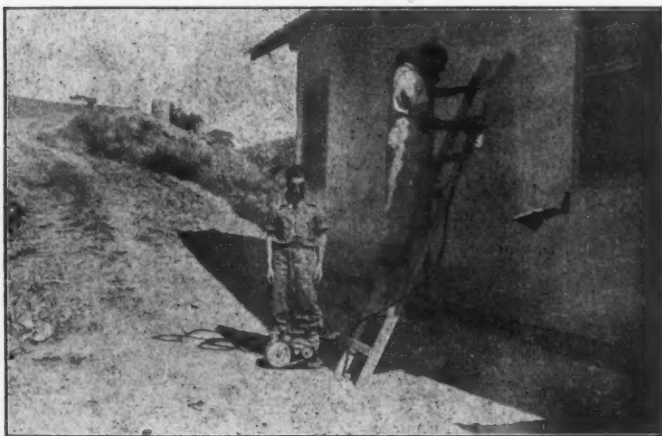


Fig. 2 — Aparelho atomizador em funcionamento

quando o querosene nebulizado já tinha desaparecido pela evaporação e presumidamente a substância inseticida estava depositada pelas paredes, tetos, etc., aí, foram soltos 11 anófeles capturados com isca animal. Observou-se, 4 horas depois, o seguinte:

5 mosquitos foram encontrados mortos; os restantes tinham escapado, por algum descuido, ao serem soltos dentro do quarto. Repetiu-se a experiência no dia subsequente, obtendo-se resultados idênticos.

Com material já fornecido pela Companhia Geigy, fizemos nós mesmos experiências para, em detalhe, verificar a ação do DDT sobre mosquitos anófeles. Assim é que no dia 11 de Dezembro de 1944, um quarto telado, à prova de mosquito, com a superfície de 60 metros quadrados, foi submetido a ação de 300 gramas da solução de 5% de DDT em querosene. Duas horas

8)

depois do expurgo, um lote de 30 mosquitos foi solto nesse compartimento. Vinte minutos após, estavam todos paralizados no soalho do quarto e em 55 minutos todos haviam morrido. Numa gaiola colocada no mesmo quarto, sem contato com as superfícies que tinham recebido DDT, foram postos 12 mosquitos, os quais, 55 minutos depois, estavam todos mortos. Provavelmente isso aconteceu por estar ainda o ambiente do quarto carregado de partículas de DDT em suspensão.

Vinte e quatro horas depois de ter sido o aposento tratado pelo DDT, foram soltos mais 14 mosquitos os quais caíram em 40 minutos e 60 minutos depois todos estavam mortos.

Na gaiola testemunho, onde havia 10 mosquitos, nada aconteceu.

Mais 30 mosquitos foram colocados no quarto 48 horas depois. Em 40 minutos estavam paralisados.

No dia 14:

isto é, 72 horas depois, mais 35 mosquitos foram colocados no quarto, e começaram a sofrer a ação paralisante do DDT entre 35 e 40 minutos, morrendo todos em 120 minutos.

Os mosquitos colocados na gaiola nada sofreram.

Essas experiências continuaram até o dia 30 de Dezembro, sempre com os mesmos satisfatórios resultados. Observando-se os mosquitos soltos nos compartimentos tratados pelo DDT cada 30 minutos, notou-se que esses insetos, logo que pousavam em qualquer parte que houvesse recebido DDT, procuravam mudar de posição, sentindo-se inseguros sobre o plano, tomando atitudes de pouso muito anormais, caindo várias vezes, mas conseguindo fazer ainda pequenos e curtos voos, para depois, em tempo que variava de 20 a 55 minutos, caírem definitivamente.

O que caracteriza o DDT é a sua ação residual, que dura semanas e, às vezes, meses, de sorte que são suficientes 2 ou 3 expurgos, durante toda a época de maior produção de anófeles, para que os resultados sejam satisfatórios. É um poderoso veneno contra insetos, cuja ação se exerce principalmente sobre o sistema nervoso, produzindo primeiramente movimentos espasmodicos e em seguida paralisia. Em vista dos resultados obtidos com as primeiras experiências, ficou resolvido entrarmos logo em aplicações práticas, de sorte que, a partir de 19 de janeiro de 1945, abandonou-se em parte a atenção dispensada à luta anti-larvária, especialmente as larvas de anófeles Darlingi, para nos dedicarmos unicamente à destruição dos anófeles adultos dentro das casas, por meio de aplicação do DDT em solução de querosene. Com a matéria prima recebida dos EE. UU. já estamos preparando a solução a 5%. O processo para dissolver o dichloro-difenil-trichloreto não oferece dificuldades, sobretudo

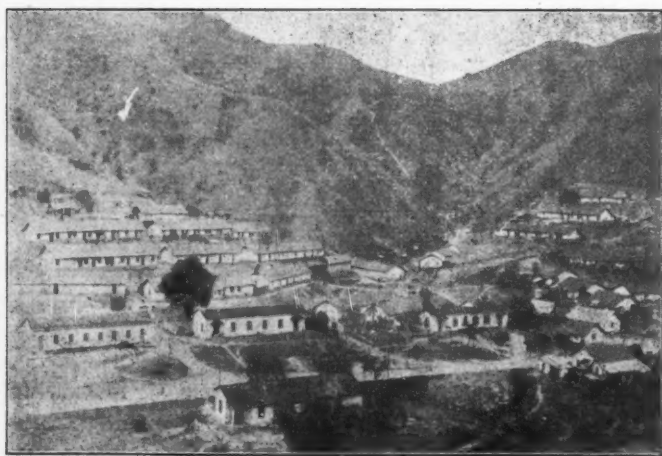
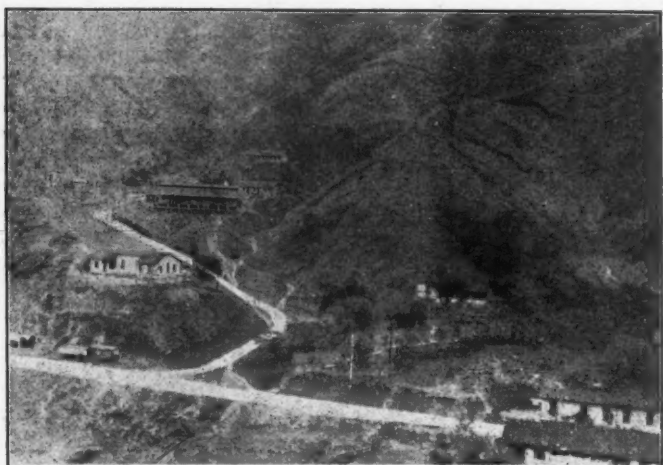


Fig. 3 — (Em cima). Vista parcial do acampamento de Fontes, vendo-se
no fundo o hospital
(Em baixo). Vista do acampamento de Fontes

quando se trata de forma cristalizada. Procede-se da maneira seguinte:

Em tambor, desses que usualmente transportam gasolina, colocam-se 100 litros de querosene; em uma abertura feita em uma parte superior do tambor, digamos de 10 cm. de diâmetro, faz-se passar um saco de lona de 60 cm. de comprimento por 25 de largura, tendo-se o cuidado de fixa-lo nas bordas da abertura, por meio de um cordel. Em seguida, faz-se passar o DDT (5 K por 100 litros de querosene) pela abertura do saco até enche-lo completamente. Uma vez cheio, o saco é amarrado e preso, por meio de cordel, à abertura do tambor. Este é então fechado e cada 10 minutos, durante 2 horas, é rolado em local bem batido pelo sol. Findo esse tempo, todo o DDT está dissolvido e pronto a ser usado.

PROGRAMA DE TRABALHO

Sendo o único vetor, considerar na localidade, o anófeles Darlingi, mosquito de hábitos domésticos, o emprego do DDT encontrou ótimo campo a ser experimentado, como arma de combate à malária. Dispondo de pessoal treinado em expurgos domiciliares pelos inseticidas líquidos, e como 90% das casas na área controlada podiam ser visitadas diariamente, o nosso trabalho ficou muito simplificado, de maneira que não tivemos senão que substituir o Flit pelo DDT, não havendo, portanto, necessidade de treino para o pessoal. O expurgo teria de ser feito numa área de 40.203 metros quadrados, área essa das 245 casas de diversos tipos, distribuídas pelos 4 acampamentos (fig. 3). Para cobrir toda essa área, o nosso serviço dispõe de 4 equipes, compondo-se cada equipe de um pequeno compressor de alta pressão, movido a eletricidade, munido de uma pistola de atomização externa regulada de maneira que cada metro quadrado recebe de 5 a 10 gramas de inseticida. A guarnição do sistema é composta de 4 homens, munidos de máscaras contra gases, óculos protetores, luvas, a-fim-de evitar a ação irritante do querosene.

A atomização externa foi usada durante um certo tempo, porém, cedo vimos que não era prática nem econômica. Usando agora uma pistola de atomização interna, de játo em forma de leque, estamos obtendo resultados mais econômicos e eficientes (fig. 4).

Começamos o expurgo no dia 19 de janeiro do ano corrente, partindo das casas cuja densidade anofelênica, observada durante anos, era sempre grande nas épocas propícias e seguida de casos de malária. Assim é que, em Fevereiro, todas essas casas já tinham recebido a mistura inseticida; em abril, a metade de toda a área e, finalmente, em Maio, a área controlada já estava toda

coberta, podendo então ser estabelecido um ciclo regular para o expurgo periodico.

Em nossos serviços de prevenção de malária, sempre demos a máxima importância ao controle dos anófeles caseiros, pois nossas observações de quasi 10 anos na região demonstram a existência de uma perfeita concordância entre o número de casas abrigando essa espécie de mosquitos e o número de casos de malária registrados. Com essa densidade domiciliar avaliada semanalmente, facil nos foi tirar conclusões práticas sobre a eficiência do novo método de combate à malária. Mais abaixo, fa-



Fig. 4 — Pistola atomizadora de pressão interna, jacto em forma de leque

remos comparação entre o período em que foi empregado o DDT e o período sem DDT. Como se sabe, a vantagem da solução do DDT é a sua ação residual, contudo, observamos variações muito interessantes no tempo de eficiência da ação residual, que variou de 60 a 20 dias. A princípio, acreditamos que o desaparecimento mais rápido dos efeitos do DDT fosse devido a desgastes por atritos, varreduras, enfim, limpezas, etc., porém, tivemos que modificar esse juízo, uma vez que em salas de refeições, que sofriam lavagens e varreduras diárias, o inseticida permanecia ativo por mais de 40 dias, enquanto que em outras dependências, como dormitórios, escritórios, etc., essa atividade ficava reduzida a 25 dias. Qual será a causa dessa diversidade no comportamento da solução do DDT?

Luz, umidade, natureza da pintura das paredes?

12)



Fig. 5 — Casas tipo C permanentes

Não foi possível chegarmos a nenhuma conclusão definitiva. Com as quatro equipes, podíamos tratar cerca de 900 metros quadrados diariamente, porquanto, cada metro quadrado exige, no mínimo, 30 segundos para ser inteiramente coberto, de sorte que somente era possível fazer-se uma média de 225 m² por hora.

E' oportuno lembrar que quando se trabalha com o flit, pode-se nebulizar totalmente uma casa de 500 metros quadrados em menos de 2 horas. Contudo, quando se opera com DDT,

numa casa tipo C de nossos acampamentos (fig. 5), com 469 m², são necessárias, no mínimo, 10 horas para ser inteiramente coberta. Esse tempo, entretanto, não é totalmente consumido pelo expurgo propriamente, há a se considerar que, sendo o querosene vaporizado muito irritante para as mucosas e mesmo o DDT, um tóxico, como medida de prudência, os operadores dispõem de meia hora de repouso, para cada duas horas de trabalho ativo. É preciso, entretanto, assinalar que embora já tenhamos quasi 8 meses de atividade com o DDT ainda não notamos na turma de 16 homens que opera o sistema, qualquer fenomeno de intoxicação aguda ou cronica.

O uso de querosene atomizado também não deixa manchas nas paredes, tapetes e cortinas, de sorte que é bem aceito nas casas de família. Sômente na ocasião do expurgo é que se fazem sair os ocupantes da casa, aliás o expurgo é feito com todas as janelas e portas das casas inteiramente abertas, uma vês que não existe necessidade de concentração de particulas de DDT no ambiente, porém, nas superficies.

Para se observarem os resultados práticos obtidos, uma turma de 8 homens, munida de lanternas elétricas e tubos capturadores, percorre diariamente todas as casas da zona trabalhada e não trabalhada, em busca de mosquitos. Cada casa possui uma ficha, na qual figuram todos os dados necessários ao perfeito controle de inseticida usado. (fig. 6). Os mosquitos encontrados mortos são contados e assinalados na respectiva ficha da casa.

Os mosquitos encontrados ainda vivos em casa com DDT são cuidadosamente capturados e colocados em gaiolas umidecidas e marcado o tempo em que permanecem vivos nas gaiolas; se esse tempo fôr inferior a duas horas, o mosquito é considerado atingido pelo DDT, tendo em vista que a ação desse inseticida não se exerce prontamente, porém, em tempo que varia de 40 a 120 minutos. Uma grande parte de mosquitos encontrados mortos em casas com DDT já havia ingerido sangue e, nesse caso, pode-se admitir que esses insetos no momento da penetração se dirigissem logo para as pessoas albergadas nas casas, de sorte que só depois de completado o repasto, é que pousavam nas paredes, sofrendo por conseguinte a ação do DDT.

Existem, entretanto, certas especies de anófeles, entre elas algumas de nossas Kertegias, o anófeles maculatus e o punctumaculatus da África, que penetrando nas casas para se alimentarem se dirigem logo para as pessoas ali abrigadas, retirando-se em seguida; para esses transmissores como bem acentúa P. A. Buxton, o DDT não teria grande sinificação como arma profilatica.

Seja dito que quando usavamos o flit, havia épocas em que não era possivel encontrar-se um só mosquito dentro das casas, porém, com o DDT estamos verificando que em qualquer época

do ano há sempre mosquitos que procuram as habitações e que estão sendo assinalados agora pelo uso do DDT. Pois, mosquito que penetra numa casa com DDT, é mosquito morto. Enquanto que na estação endemo-epidêmica de 1944, tivemos em fevereiro uma densidade domiciliar de 23%, em 1945, o máximo foi 8%, em abril. A densidade domiciliar de 8% em 1944 nos deu, entretanto, cerca de 30 casos de malária, na semana seguinte em que foi observada, enquanto que, em 1945, esta mesma densidade verificada entre 8 e 14 de abril, não foi seguida de casos de malária de primeira infecção.

Conquanto os resultados obtidos até agora sejam promissores, é prudente precavermo-nos contra os otimismo exagerados, abandonando os processos clássicos de destruição das larvas, pois, enquanto que em 1944 a densidade de transmissores nas habitações foi altíssima, dando mais de 38% de casos de malária, entre os habitantes dos acampamentos, comparativamente, em 1945, essa densidade não foi tão alta, mas, em todo o caso, bastante significativa para justificar transmissões numerosas que, todavia, não se verificaram. A diferença de densidade, entre 1944 e 1945, podia em parte explicar uma redução no número de casos de malária, porém, nunca na escala reduzida, que foi observada (vide quadro anexo).

Estando o nosso Serviço devidamente aparelhado para empregar o DDT, como meio de destruir os anófeles caseiros, é bem provável que na próxima estação possamos formar conceito definitivo sobre o valor do DDT, como profilático da malária.

Em quadro anexo, damos uma relação das casas expurgadas com os respectivos metros quadrados, bem assim como a quantidade de mosquitos mortos encontrados nessas casas durante uma semana.

Casas e barracões expurgados entre os dias 19-1-45 e 27-8-45:

Acampamento de Santa Rosa:

| | | | |
|-------------------------------|----|------------|---------------------|
| Casas | 8 | Superfície | 1280 m ² |
| Barracões | 9 | " | 1860 m ² |
| Baracões na Repreza | 11 | " | 365 m ² |
| Barracões no Feijão | 11 | " | 269 m ² |

Acampamento de Felicidade:

| | | | |
|-----------------------------|----|---|------------------------|
| Casas de famílias | 26 | " | 5910 m ² |
| Barracões | 26 | " | 5584,50 m ² |

Acampamento de Fontes:

| | | | |
|-----------------------------|-----|---|--------------------------|
| Casas de famílias | 117 | " | 13.225,30 m ² |
| Barracões | 2 | " | 400 m ² |

Vila Nova:

| | | | |
|-----------------------------|----|---|-------------------------|
| Casas de famílias | 16 | " | 6.055,80 m ² |
| Barracão | 1 | " | 198,20 m ² |

Ipê:

| | | | |
|-----------------------------|---|---|----------------------|
| Casas de famílias | 9 | " | 2.070 m ² |
| Barracões | 9 | " | 3.439 m ² |

Para se cobrir toda essa área, gastaram-se cerca de 503 litros da solução inseticida. Seguindo, depois, um ciclo de 25 dias, durante 7 meses, conseguimos manter sob o regime eficiente do DDT, 245 casas, com 40.208 m². O ciclo de 25 dias foi estabelecendo em consequência das observações acima relatadas.

RESULTADOS OBTIDOS

Esses resultados puderam ser postos em evidência, com o controle da densidade anofelinica, pela contagem diária dos mosquitos encontrados mortos nas casas tratadas pelo DDT. Como já dissemos acima, temos observações de anos, que demonstram que há uma relação matemática entre o número de casas com mosquitos e o número de casos de malária registrados (graf. n.º 1).

Comparando, pois, o número de casos de malária registrados, em dada densidade verificada em 1944, com a mesma densidade constatada em 1945, é que podemos julgar a eficiência do DDT, como arma profilática.

As casas eram visitadas diariamente por uma turma de capturadores especializados. Semanalmente era somado o número de casas pesquisadas, bem como o número de mosquitos encontrados.

| <i>Semana de</i> | <i>Casas pesquisadas</i> | <i>Mosquitos mortos</i> | <i>Casos de malária</i> |
|------------------|--------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 14 a 20-1-45 | 1286 | 0 | 0 |
| 21 a 27-1-45 | 1220 | 1 | 0 |
| 28 a 3-2-45 | 1334 | 40 | 0 |
| 4 a 10-2-45 | 1424 | 12 | 3 |
| 11 a 17-2-45 | 1087 | 12 | 1 |
| 18 a 24-2-45 | 1334 | 31 | 5 |
| 25 a 3-3-45 | 1350 | 23 | 1 |
| 4 a 10-3-45 | 1340 | 23 | 1 |
| 11 a 17-3-45 | 1279 | 73 | 0 |
| 18 a 24-3-45 | 1319 | 159 | 1 |
| 25 a 31-3-45 | 928 | 129 | 1 |
| 1 a 7-4-45 | 1240 | 158 | 0 |
| 8 a 14-4-45 | 1318 | 351 | 7 |
| 15 a 21-4-45 | 1301 | 214 | 12 |
| 22 a 28-4-45 | 1298 | 68 | 11 |
| 29 a 5-5-45 | 1170 | 207 | 2 |
| 6 a 12-5-45 | 1207 | 140 | 2 |
| 13 a 19-5-45 | 1488 | 159 | 0 |
| 20 a 26-5-45 | 1416 | 51 | 1 |
| 27 a 2-6-45 | 1369 | 153 | 1 |
| 3 a 9-6-45 | 1427 | 59 | 0 |
| 10 a 16-6-45 | 1464 | 23 | 0 |
| 17 a 23-6-45 | 1437 | 162 | 0 |
| 24 a 30-6-45 | 1382 | 177 | 0 |
| 1 a 7-7-45 | 1470 | 58 | 0 |
| 8 a 14-7-45 | 1465 | 7 | 0 |
| 15 a 21-7-45 | 1445 | 6 | 0 |
| 22 a 28-7-45 | 1512 | 16 | 0 |

Por este quadro, vemos que se registraram ainda alguns casos de malária, até a última semana de Abril; daí por diante, a-pezar da presença de anófeles nas casas, demonstrada pelo DDT, não mais se registrou caso de 1.ª infecção da doença em apreço.

Os casos registrados ainda até Abril podem muito bem ser atribuídos ao fato de só termos concluído o expurgo em fins de Maio, pois foram verificadas nas casas não submetidas ao DDT. A comparação dos gráficos mencionados, e que aqui exibimos, demonstra realmente que se pôde contar com mais uma arma valiosa para combater a malária.

BIBLIOGRAFIA

Dicloro-Difenil-Tricloreto (DDT) no Combate às Larvas de Culicídeos
Arquivos da Higiene e Saúde Pública Maio de 1944, N.º 21. Prof.
Richard Wasicky e Ovidio Unti.

Relatório apresentado ao Diretor do S.N.M. em Maio de 1945 pelo Dr. Ta-
vares Lucena.

Spray Killing of Mosquitos in Houses. Transactions of The Royal Society
of Tropical Medicine and Hygiene. Vol. XXXVIII, N.º 3 — December
1944 — L. G. Eddey.

The Use of the New Insecticide DDT in Relation to the Problems of Trop-
ical Medicine — Prof. P. A. Buxton. Transactions of The Royal So-
ciety of Tropical Medicine and Hygiene. Vol XXXVIII, May 1945.

HEXAMYNO - IODO EM GOTAS

LITIASE DO APENDICE

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Um volume com ilustrações

Pedidos ao Autor — Caixa 1574 — S. Paulo

Preço: Cr\$10,00

**Ação tópica
prolongada!**



**Máximo poder germicida
Eficiência absoluta
Sem irritabilidade**

**O "AMINO-CRON" É APRESENTADO
EM 6 FORMAS DIFERENTES.**

La mandíbula de los aborígenes prehispánicos de Mendoza

Dr. Carlos Rusconi

Diretor do Museu de História Natural, Mendoza, Argentina

El estudio practicado en las mandíbulas de los aborígenes extinguidos de Mendoza (Argentina), cuyos restos se encuentran en el Museo de Historia Natural de la misma provincia, hallados casi todos por mí durante una serie consecutiva de años, me han proporcionado también el conocimiento de numerosos detalles anatómicos, de anomalías y malformaciones óseas al igual que he señalado para otras zonas del esqueleto y algunos de cuyos tópicos he dado a conocer brevemente (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8).

Protuberantia mentalis. Existen en los aborígenes en estudio, dos tipos de protuberancias mentonianas, a saber: las mandíbulas que tienen una prominencia o mentón de figura triangular y con tubérculos laterales situados uno a cada lado de la rama motivos por el cual presentan un frente mentoniano más recto y parecido en cierto modo al mentón muy común de los *Tehuelches* etc.; y segundo las mandíbulas que, vistas de arriba, describen una figura más triangular desprovista de aquellos tubérculos laterales y que son las más.

Canalis retrosimphianus. Muchas de las mandíbulas examinadas poseen un pequeño canal (*canalis retrosimphianus*) si-

(1) C. Rusconi, *Caries dentales en indígenas prehispánicos de Mendoza*, en *Revista Odontológica*, vol. XXVI, pp. 388-392, Bs. As. 1938.

(2) C. Rusconi, *Parietal múltiple en un cráneo indígena de Mendoza*, en *La Semana Médica*, n.º 2422, pp. 1463-1464, Bs. As. 1940.

(3) C. Rusconi, *Noticia preliminar sobre la Antropología y Arqueología prehispánica de Mendoza*, en *Anales de la Acad. de Ciencias de Buenos Aires*, vol. 1, pp. 61-71, Bs. As. 1940.

(4) C. Rusconi, *Frontal bipartido en un cráneo humano*, en *La Semana Médica*, n.º 2383, pp. 412-413, Bs. As. 1941.

(5) C. Rusconi, *Fracturas óseas en indígenas prehispánicos de Mendoza*, en *Revista de la Asociación Médica Argentina*, vol. LVII, pp. 830-831, Bs. As. 1943.

(6) C. Rusconi, *El Endo y Mesonasion en los indígenas prehispánicos de Mendoza*, en *El Día Médico*, año XVI, n.º 11, p. 240, Bs. As. 1944.

(7) C. Rusconi, *El astrágalo de los indígenas prehispánicos de Mendoza*, en *La Revista Médica de Rosario*, año XXXIV, pp. 68-70, Rosario, 1944.

(8) C. Rusconi, *Sacros polivertebrales en indígenas prehispánicos de Mendoza*, en *Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia*, vol. XLVII, pp. 275-278, São Paulo, 1944.

tuado desde el borde alveolar hasta la mitad de la altura de la sínfisis y que se pierde en el interior del hueso por su cara interna o posterior, como lo han recordado Le Double sobre individuos europeos, Outes, para los indígenas extinguidos de Entre Ríos, etc.

Sutura simphisiana. Se sabe, por lo común, que las ramas mandibulares de individuos pertenecientes a razas inferiores se sueldan durante los últimos períodos de la vida intrauterina o en los primeros meses del nacimiento. La sutura, luego del proceso de obliteración, se mantiene por algún espacio de tiempo más hasta que desaparece sin dejar rastros o vestigios de unión. Pero su permanencia en sujetos de mayor edad es considerada: 1.º como carácter anómalo (si el individuo pertenece a un grupo étnico racialmente superior), y 2.º como caso de inferioridad racial o menos especializado con respecto a la evolución filogenética humana.

Después de haber examinado más de 90 mandíbulas de indígenas pre y posthispánicos pude comprobar que muchas de ellas poseen todavía parcialmente abierta la sutura sínfisiana, como en el caso de los especímenes n.º 222 de 1 año de edad;; en que la sutura está abierta en el tercio superior y cara posterior o interna; n.º 236 de 1 año de edad; 223 de 2 años; n.º 237 de 3 años todos los cuales se encuentran en un estado de desarrollo parecido.

Foramen mentale. — Comunmente se encuentra un agujero mentoniano a cada lado y cerca del frente mentoniano pero en las piezas examinadas es frecuente la presencia de dos y tres orificios mentales y cuya proporción sobre un total de 80 mandíbulas es de un 20 %.

Perfil mentoniano. El perfil mentoniano tiene gran valor en antropología y sobre cuyo tema se han ocupado numerosos especialistas, sea para razas fósiles o bien para otros grupos étnicos extra y americanos.

Con respecto a los de Mendoza me ha sido posible establecer tres tipos a saber: 1.º tipo, mandíbulas con perfil mentoniano ortognato o sea de mentón avanzado pero no tan acentuado como en la raza blanca; 2.º tipo, perfil mentoniano recto o semiortognato en los casos en que el borde mentoniano y el alveolar anterior coinciden en una línea trazada imaginariamente y dispuesta verticalmente; 3.º tipo, cuyo mentón aparece más atrás quedando, en consecuencia, más avanzado el borde alveolar (prognato) (fig. 1). En el primer tipo hay mandíbulas, en el segundo 23 y para el tercero solamente 4, de modo que estos dos últimos tipos responden más bien a caracteres observables en razas fósiles y poco evolucionadas.

Incisura lemurinica. El borde inferior de la rama, desde el ángulo mandibular al nivel del primer o segundo molar puede ofrecer una línea más o menos recta o curvada, y cuando se comprueba esto último es porque la incisura lemurinica de Albrecht se halla presente. Dicho detalle ha sido también observado en las mandíbulas en estudio.

Processus rami mandibularis inferior. Delante del gonion aparece algunas veces un segundo proceso no bien desarrollado y conocido con el nombre del acápite. Se lo halla con cierta frecuencia en diversas especies de monos, especialmente en los lemurinos, y cuando lo poseen las mandíbulas humanas se expresa que ella representa un carácter pictecoide.

Processus retrocoronoideus. Detrás de la apofisis coronoides he observado con alguna frecuencia una pequeña cresta ósea que designo con el nombre de *Proc. retrocoronoideus*.

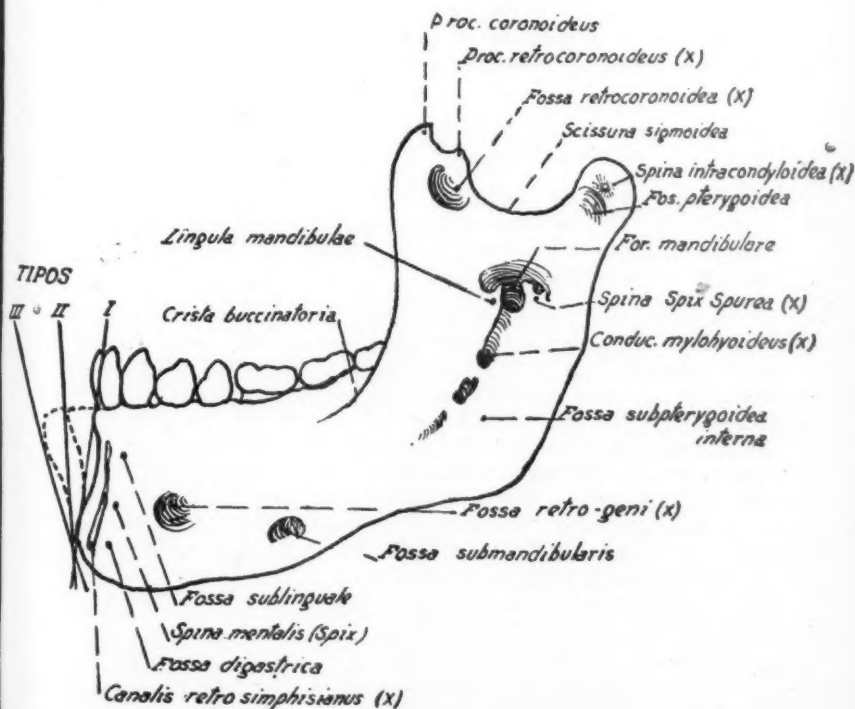


Fig. 1 — Perfil mentoniano y principales puntos anatómicos de la mandíbula. Con una (x) los detalles poco comunes pero observados en los indígenas prehispánicos de Mendoza.

Condylus mandibular. El eje mayor del cóndilo mandibular puede hallarse dispuesto horizontalmente o con leve inclinación. Además, el borde interno del cóndilo es mucho más desarrollado y grueso que el externo. Pero en algunos ejemplares, el cóndilo termina en el extremo interno en una cresta transformada a veces en una espina (*Spina intracondiloidea*).

Spina de Spix. Conocida también por *Lingula mandibulae*, es más o menos desarrollada en ciertos especímenes y ofrece, asimismo, muchas variaciones, sea de forma laminar o de un proceso agujiforme. Pero en ciertas piezas hay además, una *Spina* de *Spix spurea* situada detrás del conducto dental posterior.

Sulcus mylohyoideus. De las 76 mandíbulas examinadas, 48 de ellas poseen el surco milohioides abierto en todo su longitud. Sin embargo, en otras, el referido canal está parcialmente cubierto por un puente óseo y dicha anomalía (que es relativamente rara en ciertas razas), no resulta así con respecto a los aborígenes prehispánicos de Mendoza y por eso llamo al canal con puente: *Conductum milohyoideus*.

Processus geni. Afecta la forma de dos crestas, o de dos apófisis cuya longitud varía entre 1 y 6 milímetros siendo muy pocas las mandíbulas que carecen de esta importante apófisis.

Fossa retrogeni. Considero como tal una pequeña foseta situada detrás de las fosas *sublinguale* y *digastrica* y observada en algunos especímenes hasta en una extensión de 20 mm. por 2 mm. de profundidad.

Inclinación de la rama ascendente. Muy interesante es el proceso que ha seguido el desarrollo mandibular desde los primeros periodos del nacimiento hasta la edad proveya, especialmente de la rama ascendente. Las investigaciones practicadas en ese sentido sobre mandíbulas procedentes de un mismo túmulo donde se hallaron individuos jóvenes y adultos y de una misma familia, demuestran que, de acuerdo al método empleado por mí, el grado de abertura mandibular, esto es, la elevación de la rama cada vez más hacia la posición vertical, es paulatinamente menor con la edad del individuo y para lo cual ofresco dos ejemplos esquemáticos en las figs. 2 y 3. En cuanto al proceso de oblicuidad de los distintos especímenes examinados, es el siguiente:

| | |
|--|------------|
| Ejemplar n.º 236, de 1 año de edad | 138 grados |
| n.º 237, de 3 años | 131 |
| n.º 238, de 10 años | 110 |
| n.º 235, de 25 a 30 años | 109 |
| n.º 239, de 90 a 100 años | 105 |
| n.º 229, de 60 a 70 años | 98 |

Asimetría de la base mandibular. Tampoco existe simetría en los puntos de apoyo de las ramas mandibulares; pues, cuando éstas son colocadas sobre un plano, algunas ofrecen cuatro puntos de apoyo y otras tres únicamente, siendo dos en la rama izquierda y uno en la derecha o viceversa y en este último caso la rama mandibular es de base asimétrica, detalle muy frecuente en los despojos humanos examinados; pues, de 70 mandíbulas, 54 poseen solamente tres puntos de apoyo. Asimetrías de este tipo han sido también señaladas por numerosos anatomistas, sobre materiales antropológicos exóticos y americanos.

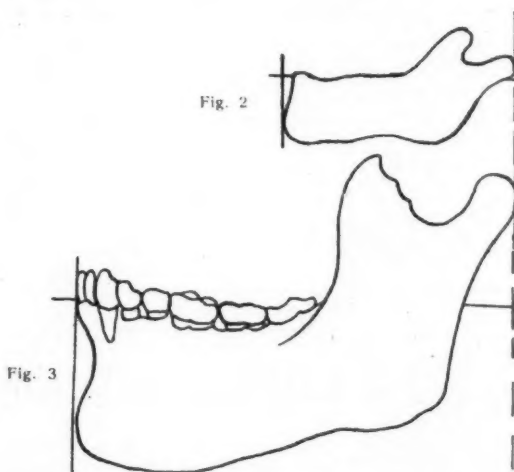


Fig. 2 — Mandíbula de un individuo de un año, n.º 236.

Fig. 3 — Mandíbula de un individuo de 50 a 60 años, n.º 241, An. Túmulo II, de Uspallata, Mendoza.

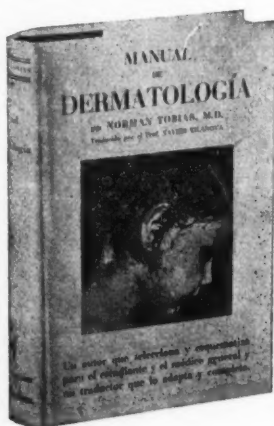
Recurvamiento del ángulo mandibular. El ángulo mandibular (*gonion*) puede estar curvado hacia adentro o hacia afuera, y ambas características son muy comunes como puede juzgarse de las cifras obtenidas sobre un total de 75 mandíbulas de las cuales, 30 lo presentan con una inversión más o menos acentuada, y 45 muestran una extraversión, o sea hacia afuera.

Desarrollo ontogenético extrauterino. Aparte de la modificación que se opera en la rama ascendente, con ángulo obtuso en los individuos juveniles y casi en ángulo recto en los adultos, existen también ramas mandibulares con otros detalles de relativa importancia que han permitido conocer las modificaciones de la abertura de la mandíbula y el desarrollo vertical de la rama horizontal a través de una serie de individuos que, por haber sido

hallados en un mismo túmulo (túmulo II de El Canal, Uspallata), implican reconocer *a priori*, la existencia de toda una familia constituida por padre, madre, hijos etc. y de allí entonces su valioso aporte para el antropólogo y para el biólogo. Así, por ejemplo, en los párvulos de 1 año de edad, la mandíbula describe una línea en arco cerrado cuando ésta se la observa desde arriba. Al tercer año o sea cuando se encuentran en función los premolares de leche, el arco mandibular comienza a abrirse, culminando esta abertura con los sujetos maduros, y cuyos esquemas, mas otros detalles serán proporcionados en una obra de conjunto.

Por otra parte, hay igualmente aumento progresivo con respecto a la altura del frente mentoniano, y rama horizontal. Pues, en la pieza de un año de edad, la altura de la sínfisis es sólo de 15 mm; en la de 3 años, (n.º 237), es de 25 mm; en la de 10 años (n.º 238), 29 mm; en la de 35 a 40 años (n.º 242), de 36 mm; y en la de 50 a 60 años (n.º 241), es de 39 milímetros de altura.

Jalepat - nas ANEMIAS, às colheradas



MANUAL DE DERMATOLOGIA

por

DR. NORMAN TOBIAS



O autor ao escrever este Manual que apresentamos aos leitores da lingua espanhola, esforçou-se em reunir sob uma forma esquemática os característicos mais notáveis das mais variadas dermatoses, tentando gravar em poucas palavras fatos e dados que, por fundamentais, constituem os alicerces em que mais tarde o dermatólogo deverá construir o edificio de sua especialização, e que para o medico não especializado no ramo servirão de guias fieis para o diagnóstico e terapêutica de seus doentes da pele.

O livro em apreço, constitue um volume de 611 páginas, profusamente ilustrado e se encontra à venda nas principais livrarias do país.

SALVAT EDITORES, S. A. —

Distribuidor: **ANTONIO MUÑOZ**

Lavalle, 371

Buenos Aires

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL
EM 19 DE ABRIL DE 1945

Presidente: Dr. Renato R. Corrêa

Ação da emetina sobre a "Endamoeba Histolytica" em culturas, como teste do seu valor amebicida. — Prof. Samuel B. Pessoa e Dr. A. Dácio Franco do Amaral. — Os AA. descrevem os resultados de experiências feitas sobre a ação da emetina e da cefalina em culturas de "E. histolytica", num meio líquido descrito por um deles (Amaral, 1944, 1945).

Das experiências realizadas, concluem que uma solução a 1:2000 de uma emetina padrão impede o desenvolvimento daquele amebídeo no meio em apreço, em condições constantes, isto é, incubação a 37,5°C., durante 48 horas, em meios de pH entre 7,4 e 7,6. Não observaram diferenças de

resultados com o emprego de cepas diversas de "E. histolytica", quando semeado um número mais ou menos constante de amebas (1cm3 de sedimento de cultura rica).

A pedido de vários colégas, examinaram diversas amostras de emetina, usadas em diferentes serviços da Capital. De todas elas, nenhuma mostrou "in vitro" valor semelhante ao da emetina padrão. Julgam que a redução da ação das emetinas que lhes foram fornecidas seja devida ao envelhecimento e à luz, pois muitas vezes a solução do alcalóide se achava acondicionada em ampolas de vidro claro. Tais fatos deverão ser objeto de outras investigações.



Laboratório de **HORMOTHERAPIA**

Aché

ESCRITÓRIO EM S. PAULO — TEL.: 4-6462
Rua Xavier de Toledo, 84 - 4.º

Hormotiroidino Masculino

Soro Hormônico Masculino ativado
com extratos de tireoide

Hormotiroidino Feminino

Soro Hormônico Feminino ativado
com extratos de tireoide

Indicado na obesidade simples, no linfatismo, no adenoidismo, no reumatismo crônico.

DOSES: Uma ampola diariamente. (Intramuscular).

Repetindo com a cefalina as mesmas experiências feitas com a emetina, verificaram que a cefalina apresenta também boa ação amebicida, ainda que um pouco inferior à da emetina, e que o calor parece não possuir ação nociva sobre tal poder, pois a cefalina, fervida durante um minuto ou autoclavada a 120°C. durante meia hora, demonstrou a mesma ação que a do alcalóide em solução a frio.

Descrição de "Olbiogaster Almeidai", nova espécie de anisopodídeo do Brasil (diptera, anisopodidae). — Dr. Renato R. Corrêa. — O A. descreve uma nova espécie de gênero "Olbiogaster",

família "Anisopodidae", com material existente no Departamento de Zoologia do Estado de São Paulo, e que foi posto à sua disposição graças à gentileza do sr. Messias Carrera.

O material foi coletado na fazenda Rondanea, município de Itanhaem, no litoral do Estado de São Paulo, Brasil.

O A. denominou-a "Olbiogaster almeidai" em homenagem ao renomado entomologista patricio sr. Romualdo Ferreira de Almeida.

O holótipo macho se encontra depositado na coleção do Departamento de Zoologia do Estado de São Paulo.

SECÇÃO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL EM 18 DE MAIO DE 1945

Presidente: Dr. Renato R. Corrêa

Sobre o anopheles albitarsis imperfectus (diptera, culicidae). — Dr. Renato R. Corrêa. — Em reunião anterior da Secção de Hig. e Med. Trop., Corrêa e Ramos tiveram a oportunidade de apresentar um trabalho constante da descrição de uma nova subespécie de "Anopheles albitarsis" a qual denominaram "Anopheles albitarsis imperfectus" e que possuía como diferença principal "A. albitarsis" típico um anel negro na porção basal do segundo artigo tarsal posterior. Como a descrição tivesse sido baseada apenas em um exemplar fêmeo, consideraram-na como uma subespécie e a sua publicação foi relegada para época ulterior, quando a obtenção de material mais abundante fosse possível. Em fins de 1943 obtivemos, graças a gentileza do sr. Ramalho, material constante de uma fêmea viva, que correspondia a essa subespécie e que foi capturada nos arredores da cidade de São Paulo. Conseguimos obter geração dessa fêmea, cujos filhos entretanto não apresenta-

ram o anel negro no segundo artigo tarsal posterior. Por outro lado os ovos, larvas e terminália masculina não mostraram diferenças do "albitarsis típico", donde consideramos "Anopheles albitarsis imperfectus" como sinônimo de "Anopheles albitarsis" típico.

E' muito possível que a presença do anel negro no segundo artigo tarsal posterior de alguns exemplares de espécie "Anopheles albitarsis" tenha uma causa de ordem genética e que esses espécimes que apresentam tal diferenciação sejam portadores de "gens" ou "fatores" para esse melanismo ou côr.

Da presença do "anopheles (aribalzagia)" neomaculipalpus no Estado de São Paulo. — Drs. A. L. Ayrosa Galvão e Renato R. Corrêa. — Theobald (1903) descreveu o "A-maculipes" baseado em um único exemplar de fêmea que lhe foi enviado por Adolpho Lutz e capturado no Estado de São Paulo, Brasil. Infelizmente,

pela leitura do trabalho que traz a descrição original não se pode precisar si êsse espécime foi capturado no litoral ou no planalto. O conhecimento da sua origem geográfica apresenta hoje grande interesse pois julgam os Autores ter havido grande confusão até o momento no que concerne ao diagnóstico do que corresponde ao material de "A. maculipes" da região planaltina do Estado. Assim é que tendo examinado recentemente material de Arribalzagia oriundo dessa região e coletado em Juqueri, Vale do Rio Paraíba do Sul e Porto Ferreira, constataram no tocante às características de adultos, que os mesmos apresentam as asas com escamas mais largas e mais claras do que o que se verifica no material de "A. ma-

culipes" da orla litorânea que possui as referidas escamas muito estreitas e amarelas. Por outro lado, encontraram na genitália masculina diferenças marcantes, principalmente no tocante ao mesosoma, e diferenças quanto às larvas.

A princípio, os Autores julgaram estar em face de uma nova espécie. Posteriormente, fazendo um estudo comparativo com o material de "A. neomaculipalpus" Curry, 1931, verificaram a identidade dos mesmos.

Os autores, julgam de utilidade a publicação da presente nota porquanto a mesma vem chamar a atenção dos pesquisadores e malariologistas para o perfeito diagnóstico dessa espécie que até então estava sendo confundida com "A. maculipes" e "A. intermedius"

SECÇÃO DE NEUROPSIQUIATRIA EM 5 DE MARÇO DE 1945

Presidente: Dr. Mário Yahn

Tratamento da esclerose em placas pelo soro hemolítico anti-humano. — Drs. Dante Giorgi e João Batista dos Reis. — Dos 5 casos observados, foram obtidos bons resultados em um, sendo que as melhoras perduram há 3 anos (observação 3); em outro caso, de observação mais recente, tais melhoras ainda persistem após 6 meses (observação 5); nos três restantes, os resultados não foram animadores (observações 1, 2 e 4).

Reservamos o conceito favorável à melhoria clínica com desaparecimento de alguns dos sinais e sintomas ao lado de melhoras do estado geral do paciente (melhora do tórno, estática e motilidade voluntária).

Em que pese a possibilidade de remissões espontâneas, podemos dizer que as remissões obtidas em dois de nossos casos coincidiram com o tratamento feito e que remissões não haviam aparecido até o início da terapêutica por nós instituída. Não pretendemos ex-

cluir completamente a hipótese de uma remissão espontânea. Devemos, porém, insistir sobre a utilidade deste método, que poderá ser empregado com relativa facilidade e permitir a obtenção de resultados favoráveis. Tal fato autoriza a empregá-lo no tratamento de uma moléstia que até a data atual tem desafiado as tentativas terapêuticas mais diversas.

Dissinergia cerebelar mioclônica. A propósito de um caso. — Drs. Jarbas Pernambucano e Roberto Melaragno Filho. — Os A. A. relatam o caso de um paciente de 36 anos, lavrador, brasileiro, que desde a infância vem sofrendo de uma progressiva ataxia muscular, do tipo cerebelar e atingindo principalmente os segmentos apendiculares. O equilíbrio e o tono dos músculos se acham relativamente pouco afetados. A êsse quadro clínico, prodominadamente cerebelar, superpõem-se mioclonias intensas e sensações subjetivas de choques elétricos pelos membros.

Essas mioclonias têm determinado quedas frequentíssimas, que são atestadas por cicatrizes no crânio, face e no dorso. As quedas se acompanham, por vêzes, de tonuras giratórias e súbitos obscurcimentos da vista, todavia, nunca apresentou perda de consciência, acessos convulsivos ou outros fenômenos, que soem acompanhar ataques epiléticos (mordeduras da língua, incontinência de esfínteres, etc.). A moléstia do paciente não se apresenta com o caráter heredo-familiar.

Em vista da sintomatologia apurada, os A. A. firmam o diagnóstico de "dissinergia cerebelar mioclônica de Ramsay Hunt". A seguir é estudada a posição nosográfica da doença, entre as diversas atrofia do cerebello, até à presente descrita. Concluem que em rigor, a forma de Ramsay Hunt não deve ser destacada, como entidade autônoma, do grande grupo das moléstias abiotróficas, ao qual pertencem, além das mencionadas atrofia cerebelares primárias, as heredodegenerações espinho-cerebelares. Realmente, conforme argumentam os AA., entre os dois casos "princeps" de Ramsay Hunt, dois se caracterizavam pela associação com a moléstia de Friedreich.

Sobre a fisiopatologia dos distúrbios constitutivos do quadro clínico em apreço, os AA., lembram a teoria proposta por Hunt e a hipótese de Guillaín e Mollaret a respeito das mioclonias, em casos de lesões do núcleo dentado. Segundo estes autores franceses, as mioclonias atingirão músculos esqueléticos ou serão velolaringofaringo-diafragmáticas, conforme a lesão se assente na proporção hilar do núcleo dentado ou sua vertente periférica, onde chegam as fibras olivo-denteadas.

Síndrome epilético consequente a intoxicação grave por monóxido de carbono — (gasogênio) com apresentação do doente. — Prof. Dr. Paulino Longo e Orestes Ba-

rini. — Tratava-se de um doente observado na 1.ª Enfermaria do Hospital Militar da Força Policial, que sofreu grave intoxicação por monóxido de carbono produzido por gasogênio de automóvel do qual era motorista, chegando a entrar em coma. Após a intoxicação, teve alteração do temperamento ficando irritadíssimo e violento, com alteração da memória de fixação. Desde junho vem tendo violentas crises epiléticas e movimentos coréicos. Sofre terrivelmente de cefaléia, vertigens de tipo labirintico. Exame neurológico e exames complementares, normais. O óxido de carbono é elemento tóxico. É um gás inodoro, incolor, ensôno, produto da combustão do carvão. Na proporção de 0,2% no ambiente já produz os primeiros sintomas. Ao atingir 50-60%, produz coma e morte. Muito comum é a intoxicação crônica, produzindo cefaléia, vertigens, emagrecimentos, enfraquecimento geral, diminuição da capacidade mental e, às vêzes, até psicoses. Quando a intoxicação é prolongada e suficientemente grave, pode produzir quase todos os síndromos neurológicos, especialmente paralisias, anestias, movimentos coreiformes, tremores e disartria. Pode também atingir a parte mental, produzindo especialmente síndrome de Korsakof, confusão mental, estados maníacos. Esta sintomatologia pode regredir mais ou menos totalmente, deixando resíduos mais ou menos graves. A patologia do síndrome é uma extensa toxidegeneração do parênquima neural com reação glial, alterações vasculares, hialinização calcárea e gordurosa com trombose, diapedeses. Há, associadamente, lesões atróficas dos plexos coróides. A patogénia explica-se por várias ações associadas: 1 — necrose isquêmica dos endotélios; 2 — paralisia funcional dos vasos, com estase; 3 — ação tóxica específica do monóxido de carbono sobre o parênquima nervoso; 4 — edema cerebral e hi-

drocefalia. Quanto ao prognóstico, os fenômenos agudos se curam rapidamente; as lesões e consequentes sequelas são imprevisíveis. O tratamento consiste em:

1 — remoção do ambiente viciado; 2 — oxigênio e gás carbônico para inalação; 3 — Coramina. Para as sequelas, o tratamento é sintomático.

SECÇÃO DE NEUROPSIQUIATRIA EM 5 DE ABRIL DE 1945

Presidente: Dr. Mário Yahn

Aracnoidite espinhal luética. — Dr. Osvaldo Lange — São apresentados dois doentes com crises dolorosas gástricas nos quais o exame neurológico e o exame do líquido cefalorraquidiano levaram ao diagnóstico de aracnoidite luética com radiculalgia. Em um dos casos pôde ser feito o exame anatomo-patológico sendo demonstrada infiltração plasmócito-linfocitária no tecido aracnóideo envolvendo as raízes posteriores dos 6 últimos segmentos torácicos da medula. Não havia infiltração pial, assim como havia lesão inflamatória ou degenerativa das raízes posteriores e dos funículos posteriores da medula. O A. pensa ser este o único caso de aracnoidite confirmado pela anatomia-patológica. No segundo caso observado, houve total regressão da sintomatologia dolorosa mediante quimioterapia anti-luética.

Abcesso cerebral de sintomatologia atípica. — Drs. Rolando Tenuto e J. Taques Bittencourt. — Os autores apresentaram um caso de abcesso encefálico de origem otogênica com sintomatologia atípica, simulando hematoma intracraniano. Um jovem, 7 dias após um traumatismo craniano, violento, apresentou hemiplegia de instalação progressiva, acompanhada de violenta cefaléia e embotamento psíquico, que gradualmente passou ao torpor. Não havia hipertemia. Operado, foi encontrado grande abcesso no lobo temporal esvaziado por aspiração. No pós-operatório foram utilizados penicilina e sulfanilamida localmente e por via sistêmica. Depois de 15 dias a hemiplegia havia regredido intensamente e 40 dias após o ato cirúrgico o paciente já podia caminhar e mover com desenvoltura o membro anteriormente paralisado.

SECÇÃO DE NEUROPSIQUIATRIA EM 29 DE MAIO DE 1945

Presidente: Dr. Mário Yahn

Elementos para o prognóstico da esquizofrenia. — Prof. Emilio Mira y Lopes (Argentina). — O Prof. Mira y Lopes, procurando analisar outros elementos além daqueles vulgarmente conhecidos para o prognóstico da Esquizofrenia passou em revista tudo o que havia chamado a sua atenção no decurso de longos anos de experiências, no sentido de melhor estabelecer o diagnóstico dessa moléstia mental tão frequente.

Além dos dados que o exame direto do paciente permite assina-

lar (tipo somático, forma clínica, cifose dorsal acentuada, período de evolução da moléstia, etc.), insistiu particularmente sobre a importância que representa a formação psicológica do paciente, os conceitos que prevalecem no meio familiar de onde ele procede, etc.

Referiu nesse sentido, que nas famílias onde prevalece um conceito efetivo mais coeso, onde todos os elementos que a compõem são muito ligados, de tal forma que quando um deles adoece pa-

rece que todos os outros participam psicologicamente dos mesmos sofrimentos, o prognóstico da esquizofrenia é, em geral, mais grave.

Discorreu ainda longamente sobre a conveniência de as disposições psicológicas serem amplas, facilitando inúmeros aspectos de adaptações novas.

SECÇÃO DE NEUROPSIQUIATRIA EM 26 DE JUNHO DE 1945

Presidente: Dr. Mário Yahn

"A formação psicanalítica para o desenvolvimento do movimento psicanalítico na América Latina".

— Dr. Arnaldo Raskovski (Buenos-Aires). — O A. começou por estudar os primeiros surtos da Psicanálise na Europa, com os trabalhos de Freud. O primeiro círculo psicanalítico foi formado em 1903, datando de 1904 e 1906 os primeiros artigos de Freud.

Freud, Adler, Jung e outros associaram-se para o desenvolvimento da nova ciência.

A seguir o A. lembrou a formação dos primeiros institutos de Psicanálise: o de Budapeste e os de Berlim e Viena. Passou depois a examinar o estudo da Psicanálise na Inglaterra e nos Estados Unidos, salientando a recente criação ainda este ano, da cadeira de psicanalista, na Universidade de Columbia.

Considerou depois, a situação da Psicanálise na Argentina. Com a vinda de psicanalista de renome para o seu país e com a colaboração de médicos argentinos que fizeram cursos de aperfeiçoamento em outros países, onde a ciência se adiantara suficientemente, foi possível criar o Instituto de

Psicanálise de Buenos-Aires do qual o conferencista é o atual presidente.

Analizou a forma pela qual se preparam os psicanalistas na Argentina, reportando-se aos métodos empregados no Instituto de Psicanálise de Berlim e aos utilizados nos EE. UU., salientando a grande semelhança entre eles, não só na disposição dos cursos práticos, como dos teóricos.

O conferencista dirigiu-se então ao auditório, ressaltando que um dos motivos que o trouxeram a São Paulo, além da grande amizade que o prendia aos médicos paulistas, que já tivera ocasião de conhecer durante o primeiro congresso de Neurologia de Buenos Aires, era o desejo de difundir em nossa Capital, que se mantém na vanguarda da cultura latino americana, movimentos semelhantes aos que se processam no seu país, no terreno da formação de psicanalistas.

Antes de finalizar a sua conferência, aludiu às divergências que existem sobre se deve ou não ser o psicanalista exclusivamente um médico, e às diferenças entre a psicoterapia e a psicanálise.

SECÇÃO DE CIRURGIA EM 11 DE JUNHO DE 1945

Presidente: Dr. Ari Siqueira

Etiologia da ciste epidermoide da falangeta. — Dr. Eurico Branco Ribeiro. — Em recente trabalho publicado nos "Annals of Surgery" (CXIX, 148, janeiro de 1944), Pohlmann e Wachstein, de Middletown, Nova York, Estados Unidos, acentuam que, embora tenha

sido mencionado em vários compêndios (e de Brailsford sobre Radiologia dos ossos e articulações, de 1934; e de Hodges, Phemister e Brunschwig sobre Diagnóstico radiológico das moléstias dos ossos e das articulações, de 1938; e o de Kaufmann sobre Anatomia

patológica especializada, também de 1938), a ciste epidermóide da falangeta só contava com dez casos provavelmente descritos. Ora, já em 1.º de agosto de 1942, mais felizes em nossa pesquisa bibliográfica, referimos à Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, uma série de 13 casos, aí incluído um de observação pessoal. Dada a raridade da ocorrência, tanto esses autores norte-americanos como nós tivemos a idéia de resumir os casos encontrados na literatura, de maneira a bem se poder apreciar a extensão da contingência mórbida, bem como os seus característicos.

A relação apresentada por Pohlmann e Wachstein faltam o caso de 1926, referido por Evarts A. Graham, e de 1931 publicado por Adolf Behrens e o de 1942 publicado por nós num total de 13 casos. Agora, com o seu, a lista se eleva para 14. Completando a relação por nós coligida, vamos resumir a seguir esse 14.º caso.

Caso 14 (1943) — Ferroviário de 50 anos, que teve a ponta do seu dedo médio da mão esquerda comprimido ao manobrar um freio mecânico; o dedo se intumescceu por algum tempo e a unha ficou descorada, mas não caiu. Seis meses depois sofreu novo traumatismo e o dedo se tornou mais sensível que os outros e periodicamente se mostrava edemaciado, avermelhado e doloroso à pressão. Um ano depois do primeiro traumatismo, o doente procurou o hospital. Aos raios X, havia imagem de ciste na região distal da falangeta, estendendo-se até ao seu terço proximal. Intervenção sob anestesia venosa, sendo removida a unha e feita uma incisão longitudinal; a falangeta foi aberta por sua face dorsal e a ciste incisada, dando saída a matéria de aspecto sebáceo; a ciste foi facilmente separada de seu leito ósseo, que foi submetido a eletrocauterização; a cavidade foi tamponada com gaze vaselinada, depois de polvilhada

com sulfanilamida; finalmente foi aplicado um aparelho gessado para imobilização do dedo. O conteúdo da ciste era formado de material amorfo, de aspecto sebáceo, ligeiramente amarelado. A parede continha um epitélio escamoso estratificado, havendo um estrato espinoso bem desenvolvido e um estrato granuloso formado por uma ou duas camadas de células e uma espessa camada córnea; em algumas áreas, uma fina camada de tecido conectivo vascularizado acompanhava a parte externa da parede da ciste. Não havia estruturas dérmicas. A unha cresceu novamente e a falangeta se encurtou e um exame radiológico feito seis meses mais tarde mostrou parcialmente obliterada a área anteriormente ocupada pela ciste.

Ao acrescentar mais este caso à lista dos anteriormente publicados, queremos insistir sobre a etiologia da afecção reafirmando as novas idéias expendidas em nosso trabalho de 1942.

Os autores que se têm ocupado do assunto vão repetindo as teorias aventadas, sem a coragem de afastar definitivamente as mal fundamentadas e as que não explicam todos casos. Entretanto uma análise mais detida podia deixar de lado, desde logo, as que se apegam a cogitações embriológicas. A metaplasia de tecido epitelial no interior de tecido ósseo é um absurdo biológico. A fantasia de um deslocamento de células embrionárias diferenciadas invadindo um tecido de natureza diversa, nada mais é, do que o resultado da ânsia de explicar fatos aparentemente estranhos. Se tais teorias tivessem cabimento, em outros ossos do organismo havíamos de encontrar, de quando em vez, exemplos de ciste epidermóide. Por que a eletividade pela falangeta? Tais teorias não o explicam. Não obstante o apóio de autores como Friedlander e Franke, havemos de convir em que o desloca-

mento de células epiteliaes para dentro da falangeta, durante a vida embrionária do individuo, é uma concepção inaceitável.

Diziamos em nosso citado trabalho sobre o assunto: "As teorias apresentadas para explicar as cistes solitárias dos ossos, sem dúvida, não nos indicam um bom caminho para a solução do problema. De fato, para alguns trata-se de um foco de necrose intraóssea, com reabsorção do conteúdo; para outros trata-se de um foco purulento, que se tornou estéril; para Lecene e Lenormant nada mais seria do que uma distrofia óssea da infância e da adolescência; para os adeptos da teoria traumática, um hematoma intraósseo se organizaria, dando lugar a uma hiperprodução fibrosa seguida de amolecimento central; para Looser, o hematoma interfragmentário provocaria aumento da pressão local, desgastando as paredes ósseas; para Thoma, a decomposição da fibrina causa uma irritação, que produz a reabsorção da parte esponjosa, resultando na formação de uma cavidade. Mas — fato essencial — nessas cistes, embora muitos dêles reconhecidamente de origem traumática, não há o aparecimento de matéria sebácea, o que os distanciam das cistes que nos ocupam a atenção.

A teoria da inclusão de um botão cutâneo explica claramente os casos em que a formação da ciste foi precedida de ferimento aberto, num tempo satisfatoriamente distante para ter permitido a proliferação sorrateira e gradativa da pequena porção incluída, vindo, afinal resultar em ciste epidermóide. Mas acontece que em alguns casos os doentes não referem antecedentes de ferimento aberto e, em muitos dos casos em que houve ferimento, este foi de pequenas proporções e às vezes se limitou à perda da unha. Ora, em tais casos seria difícil explicar a migração do botão cutâneo ao interior

de uma falangeta esfacelada pela violência do traumatismo.

Foi diante dessas judiciosas ponderações que, em 1942, lançamos uma teoria nova para justificar a presença de ciste epidermóide no interior da falange distal dos dedos da mão.

Eis como expusemos as nossas idéias. "É sabido que a unha repousa sobre um leito constituído de um tecido dérmico especializado, sem glândulas sudoríparas nem glândulas sebáceas, mas contendo a zona germinativa e também segundo Szymonowicz, escassa porção da zona granulosa. Logo embaixo dessa camada, encontra-se a extremidade distal da falangeta, que avança até um pouco além da metade da unha. Pois bem, um traumatismo capaz de produzir fratura da falangeta pode determinar, igualmente, uma ruptura e até um esfacelamento parcial do derma subungueal, mesmo na ausência de lesão aberta. Fragmentos desse hiponíquio podem-se interpor aos fragmentos da falangeta fraturada, resultando a sua natural proliferação no aparecimento de uma entidade intraóssea com todos os característicos de ciste epidermóide. Uma tal etiologia não só justifica os dois casos (agora três com a publicação de Pehlmann e Wachstein) registrados na literatura em que não havia traumatismo aberto, como também explica a preferência para a falange distal, justamente aquela que está em contacto com a unha. Assim também nos casos de dilaceração com ferimento aberto, é mais provável, pela proximidade, que um fragmento do leito da unha se enxerte dentro da falangeta esfacelada do que isso aconteça com um pedaço da epiderme do dedo, situado a maior distância e facilmente removível durante os curativos. Para nos convencer-mos da viabilidade dessa teoria, basta que lancemos os olhos sobre as figuras com que Testut esquematiza a estrutura da unha".

A apresentação do caso de Pohlmann e Wachstein vem reforçar os nossos pontos de vista. O doente desses autores tivera traumatismo progressivo violento, sem, entretanto, ter havido ferimento aberto. Um ano mais tarde, tendo ocorrido de permeio um novo traumatismo também sem provocar ferimento aberto, a imagem radiológica de ciste óssea estava nítida na metade distal da falangeta. Até aqui, tudo como costumam assinalar as histórias dos demais doentes. O exame das radiografias revela, porém, um fato objetivo de importância na confirmação dos nossos pontos de vista sobre a etiologia da afecção: a ciste expande-se mais para a porção dorsal do que para a porção ventral da falangeta. Isso quer dizer que o processo se desenvolve nas proximidades do leito da unha. A mesma disposição se observa em nosso caso pessoal, em que é mais espessa a camada óssea do lado ventral, e no caso de Yachnin e Summeril, em que essa diferença é ainda mais acentuada, não havendo parede óssea do lado do leito da unha, tal como na radiografia de Pehlmann e Walchstein. Isso não quer dizer, é claro, que obrigatoriamente a ciste se desenvolva em contacto com a face ungueal; em caso de traumatismo violento, com extenso esfacelamento da falange é aceitável que um pedaço do leito da unha se possa aninhar à maior distância, originando a ciste epidérmica na porção proximal da falangeta ou nas proximidades da sua face ventral.

Em resumo, a nossa teoria de que a ciste epidérmica da falangeta depende da migração, para dentro do osso, de um fragmento do leito da unha, funda-se nos seguintes fatos:

- 1) A ciste epidérmica só aparece na falange distal.
- 2) Em todos os casos há a história de um traumatismo progressivo

3) O tempo decorrido entre o traumatismo e a verificação da existência da ciste é o suficientemente longo para permitir a proliferação celular, constituição de paredes, descamação epitelial e formação da matéria sebácea.

4) Ausência ou insignificância de ferimento aberto, tornando inconsistente a idéia da inclusão de um botão cutâneo.

5) Dentro da falangeta, a ciste se forma, de preferência, nas proximidades do leito da unha.

Resta uma prova, que talvez o tempo nos venha a dar: a verificação radiológica do esfacelamento da falangeta, na época do traumatismo responsabilizado, em um dedo em que mais tarde se desenvolve a ciste epidérmica.

Cumpra-nos, ainda, diante das idéias expendidas, reafirmar as nossas ressalvas quanto à classificação do caso de Sonntag entre os de ciste epidérmica. A nós nos parece que esse nada mais traduz do que a inclusão cirúrgica de um botão dérmico entre os fragmentos da 2.^a falange, ali se desenvolvendo a ciste de conteúdo sebáceo, de acordo com a etiologia das cistes sebáceas por nós recordada em trabalho publicado, em 1936.

Comentários. — Dr. Ari Siqueira. — A título de informação, peço ao dr. Eurico a fineza de dizer se todos os casos da literatura, que pôde estudar, revelam traumatismo precedendo o aparecimento da ciste epidérmica.

Dr. Mário Yahn: — Desejo saber se há casos de ciste epidérmica nos dedos do pé.

Dr. Eurico Branco Ribeiro. — Em todos os casos há um traumatismo antes de surgir a ciste epidérmica. Não conheço referência de ciste epidérmica nos dedos do pé.

SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA
EM 11 DE ABRIL DE 1945

Presidentes: Drs. Moacir E. Alvaro e Argemiro Rodrigues de Souza

Sífilis ocular. — Dr. Durval do Livramento Prado. — O autor apresenta casos de sífilis ocular observados no ambulatório Gaffrée e Guinle de Santos, e na clínica particular. Tece comentários sobre a lues ocular primária, localização nas partes do globo, mostra um proto sífiloma situado na prega semilunar.

Passa em seguida a fazer comentários sobre lues secundárias, sífilides na conjuntiva ocular, e as manifestações na córnea, íris, corpo-ciliar e nervo ótico.

Chama a atenção das reações sorológicas quase sempre positivas nas ceratites parenquimatosas e irites.

Aborda em seguida a lues terciária, com inúmeras observações e fotoretinoscopias, de nevrites, estas papilar, perturbações dos vasos da retina gomas e atrofias.

Considerações a respeito do tratamento da sífilis ocular. — Dr. Aurélio Ancona Lopez. — O autor após longa explanação sobre o argumento apresenta as seguintes conclusões finais:

1.º) O tratamento da sífilis ocular é de competência do oftalmologista e do sifilógrafo conjuntamente. Os conhecimentos e a aparelhagem especializada do primeiro são indispensáveis para um prognóstico exato, para observação e controle dos resultados da terapêutica e para o uso adequado da terapêutica local. Os do segundo, devido ao conhecimento geral da infecção, são necessários para verificar a possibilidade de outras localizações da moléstia, e providenciar desta forma a aplicação adequada de terapêutica, visando não só a lesão ocular, mas todo o organismo.

2.º) O tratamento da sífilis ocular não difere, em linhas gerais,

do tratamento da sífilis em geral, estando muitas vezes os esquemas de tratamento sujeitos a modificações, mais devido outras complicações, principalmente a lesões cárdio-vasculares ou nervosas, do que propriamente à lesão ocular.

Por este motivo nunca deve ser iniciado um tratamento sem um prévio exame clínico completo, visando principalmente o aparelho circulatório e sistema nervoso, devendo ser completado em grande número de casos com exames radiográficos, eletrocardiográficos e exame de liquor.

3.º) A sífilis ocular entretanto exige de per si cuidados especiais, conforme foi largamente discutido, nas seguintes situações; comprometimento da uvea na sífilis recente ou antiga, coriorretinite crônica recidivante ou neuroretinite, atrofias óticas e queratite intersticial da sífilis congenita.

a) Na irite que acompanha a sífilis recente ou recidivante o tratamento é o mesmo da sífilis recente, podendo ser iniciado com um arsenical trivalente e, embora a lesão ocular melhore rapidamente, o tratamento deve ser prolongado continuamente, com séries sucessivas arsenicais e bismuticas, por um ano completo, depois que as reações sorológicas se tornaram e permaneceram sempre negativas.

b) Na irite tardia ou nas afecções do tracto uveal em geral, não se pode estabelecer uma conduta terapêutica "a priori", pois não é rara a associação com a sífilis cárdio-vascular ou nervosa, ficando nesses casos o tratamento sujeito às modificações impostas por essas ocorrências. De qualquer forma, entretanto, nas formas tardias, mesmo sem associações mór-

bidas a cargo de outros aparelhos, é preciso manter uma conduta cuidadosa, iniciando a terapêutica pelos metais pesados.

c) Na ocrioretinite ou neuroretinite crônica recidivantes encontramos quase sempre diante de um quadro de resistência medicamentosa, sendo necessário para resolver a situação fazer uma série mais prolongada de arsenobenzol (12-20 injeções) ou usar um outro derivado arsenical, a silverarfenamina, ou empregar a piretoterapia, ou ainda associar esses três meios terapêuticos. Nos casos raros da resistência aos arsenicais, passar ao emprego dos metais pesados: bismuto ou mercúrio.

d) Na atrofia ótica encontramos-nos diante de duas possibilidades: 1) as formas associadas à paralisia ou à tabo-paralisia, nas quais se deverá empregar de início a malarioterapia para passar em seguida ao emprego de séries arsenicais e bismúticas sucessivas, estas últimas associadas ao iodeto de potássio; se a lesão progredir, máo grado este tratamento, deverá ser experimentado o tratamento sub-dural pelo soro arsenobenzolizado. 2) Nas formas em que não há associação de paralisia ou taboparalisia deverá ser usado de início o tratamento sub-dural pelo soro arsenobenzolizado homólogo, quando não houver associação de lesões cárdio-vasculares, ou pelo soro heterólogo quando existirem estas últimas lesões; serão feitas em seguida séries arsenicais e bismúticas sucessivas, associando-se ao último o iodeto de potássio; se a lesão ocular não melhorar, experimentar-se-á a malarioterapia.

e) Na queratite parenquimatosa o sucesso do tratamento depende principalmente do diagnóstico precoce, pois o tratamento imediato da queratite unilateral evita muitas vezes o comprometimento e o enfraquecimento do outro olho. Devem-se fazer de início séries alternadas e sucessivas arsenicais e

bismúticas, fazendo pelo menos 30 injeções de arsênico e 40-60 de bismuto. No caso de resistência a esta terapêutica ou mesmo em todos os casos deve-se fazer imediatamente a malarioterapia ou quando esta seja contra-indicada intensificar ou modificar o tratamento de rotina, usando por exemplo a silverarsfenamina.

O tratamento deverá além disso ser continuado pelo espaço de mais de dois anos independentemente da evolução sorológica.

Alguns tratamentos adjuvantes, como por exemplo a riboflavina, as soluções hipertônicas e a roentgenerapia podem ser úteis em alguns casos.

4.º) Finalmente podemos ter a esperança de que os novos métodos de terapêutica e, principalmente, as novas medicações, como a penicilina ou a associação desta aos arsenicais, possam nos trazer futuramente melhores resultados do que os métodos clássicos de tratamento.

Quanto à queratite parenquimatosa, já nos referimos aos resultados até agora muito contravertidos pela penicilinoterapia, referidos na bibliografia; quanto a atrofia ótica segundo os dados referidos no J.A.A., vol. 126, n.º 2 de set. 1944, nenhum dos sete casos tratados piorou e um deles melhorou consideravelmente; quanto às paralisias recentes dos nervos oculares motores (diplopiaptose) respondem muito bem se o tratamento é iniciado imediatamente e finalmente à papilite ótica responde prontamente ao tratamento.

Sobre a patogênese do siringohidrocistoma. — Prof. Dr. Mário Artom e Humberto Cerruti. — Os autores revelam as incertezas existentes sobre o siringohidrocistoma, especialmente, no que concerne à sua patogênese, incertezas estas, bem demonstradas pela multiplicidade de denominações dadas a entidade mórbida.

Lembrados os característicos clínicos gerais da moléstia, expõem brevemente seis casos que observaram e estudaram, detendo-se para evidenciar os dados que confirmam o diagnóstico.

Com a finalidade de esclarecer o problema patogenético expõem com grandes particularidades os caracteres histopatológicos encontrados nos próprios casos.

Evidenciam, de modo especial, que na epiderme há a presença e a frequência de gemações, onde se observa a existência de ductos e de elementos císticos, chamando a atenção para a afinidade que tais gemações apresentam com as formações características da derme, isto é, os glóbulos epiteliais, os ninhos celulares e os cistos colóides, córneos e mistos.

Ponderadas, as várias hipóteses apresentadas pelos diversos pesquisadores precedentes, os autores baseados nos próprios casos concluem: 1.º) que oiringohidrocistoma é de origem epitelial; 2.º) que as gemações epidérmicas

descritas de onde derivam os elementos dérmicos, correspondem a ductos sudoríparos embrionários; 3.º) que são as glândulas sudoríparas apócrinas e os seus brotos embrionários que dão origem aos elementos doiringohidrocistoma.

Os autores encontram confirmação destas conclusões nos caracteres histopatológicos explanados minuciosamente em suas descrições e reproduzidos em numerosas fotomicrografias. Relevam que a hipótese da origem nas glândulas apócrinas e nos seus restos embrionários explica: 1.º) — a maior frequência da doença na mulher, que é muito mais provida de tais glândulas; 2.º) — o seu frequentíssimo aparecimento na idade da puberdade, em que se dá o despertar das atividades funcionais específicas das células das glândulas apócrinas; 3.º) — as sédes de predileção doiringohidrocistoma que correspondem àqueles onde com maior facilidade persistem as glândulas apócrinas e os seus restos embrionários.

SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SIFIOLOGRAFIA EM 11 DE MAIO DE 1945

Presidente: Dr. Argemiro Rodrigues de Souza

Psoríase verrucosa. — Dr. J. Fonseca Bicudo Júnior. — O autor trouxe à apreciação dos colegas um caso muito interessante e raro de psoríase verrucosa. A dermatose era constituída por extensas placas verrucosas e descamativas que datavam de uns três anos e meio, localizados, especialmente, ao nível dos joelhos e cotovelos, dorso das mãos e dos pés

e no punho esquerdo. Depois de fazer a leitura da observação completa, dos exames laboratoriais, do relatório histopatológico das lesões, de projetar diversas fotografias e microfotografias, passa o dr. Bicudo a analisar e discutir em confronto com a teoria dos diferentes autores e patogenia da causa mórbida.

CLINICA ROENTGEN

RADIODIAGNÓSTICO

Exames radiológicos em domicílio

★ Dr. Raphael de Lima Filho
Pedro Cabello Campos

Av. Brigadeiro Luiz Antônio, 644 ★ Fone 2-5831 ★ São Paulo

SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA
EM 12 DE JUNHO DE 1945

Presidente: Dr. Argemiro Rodrigues de Souza

Interpretação clínica e classificação racional de certas formas vegetantes de dermatose ligadas ao grupo dos pênfigos. — Dr. Benjamim Zilberberg. — O estudo das afecções filiadas ao pênfigo vegetante de Neumann encontra a mesma dificuldade que a que surge no agrupamento dos diversos pênfigos bolhosos.

O estudo de 3 doentes, que o autor observou no decurso de 7 anos forneceu-lhe um material rico para a tentativa de uma classificação mais rigorosa e mais racional das dermatoses que apresentam uma semelhança clínica mais ou menos com o pênfigo vegetante maligno de Neumann.

O seu 1.º caso, uma mulher de 28 anos, apresentava uma erupção bolhosa-vegetante, cujo aspecto clínico constituía aquilo que muitos autores denominam de "dermatite vegetante de Duhring". O 2.º caso, homem de 32, com elementos bolhosos-vegetantes, com o aspecto de pênfigo vegetante de Neumann maligno. O 3.º caso, criança de 14 meses, com bolhas pustulosas e vegetações verrucosas, cujo quadro mórbido lembrava a "moléstia de Halopeau". Em todos estes aspectos clínicos, diferentes entre si, havia um ponto de união, representado pelo mesmo quadro topológico, constituído por microabcessos eosinofílicos intra-epidérmicos, hipertrofia epitelial e eosinofilia bastante elevada, de 20 a 70 % nas bolhas e no sangue periférico. O 1.º caso, desapareceu do hospital, não se sabendo de sua evolução. O 2.º, morreu por caquexia. O 3.º, curou-se por tratamento de choque, extrato de baço e desensibilizantes e exacerbação das lesões com o tratamento "soi-disant" específico, arsenical trivalente ou pentavalente e ne-

nhuma melhora com as diversas sulfamidas.

A classificação que propõe o autor após o estudo destas observações e das dos outros autores, é abolir da nomenclatura dermatológica, certas denominações como dermatite vegetante de Duhring, piodermite vegetante, pênfigo vegetante, substituindo-as todas por expressões mais corretas, de pênfigo vegetante de Neumann, forma benigna ou dermatite crônica pustulosa em focos de evolução excêntrica, ou moléstia de Halopeau, pois é a eosinofilia e, particularmente, os microabcessos eosinofílicos intraepidérmicos, pivô que reúne todos estes quadros mórbidos diferentes, na falta do agente etiológico certo.

Um caso de blastomicose que simulára cronicose. — Drs. Benjamim Zilberberg e Vinício Arruda Zamith. — Os autores apresentam um paciente, rumeno, empreiteiro, com 34 anos de idade, que espetou o pé esquerdo com espinho, formando-se no local uma lesão vegetante dolorosa. Ao exame todo o 2.º podotático, acha-se deformado, com vegetações e verrucosidades que contornam perfeitamente o dedo, em toda a sua circunferência. O exame de um fragmento da vegetação, com surpresa mostrou raros cogumelos histoporo-celulares, com invés do *hormodendrus pedrosoi*, conforme tudo fazia supor o tipo de lesão. A biopsia confirmou o achado, mas não se obtiveram culturas, mesmo inoculando o material em testículos de cobaios, visto a raridade do parasito no tecido. O tratamento pela sulfadiazina, 3 grammas diárias durante meses, precedido de diatermo-coagulação da lesão, foi muito benéfico, quer sob o ponto de vista estético, quer pa-

rasitológico, mas, qualquer interrupção da sulfamidoterapia, faz aparecer pequenas erosões onde polulam os parasitos.

Sobre um interessante caso de sífilide folicular generalizada. — Drs. J. da Fonseca Bicudo Jr. e Sebastião Almeida Prado Sampaio. — Os autores apresentam um caso de sífilis secundária, no qual a infecção, adquiriu caracteres bastantes particulares. Tratava-se de um indivíduo de cor preta, que era portador de uma sífilide do tipo pápulo-folicular pustulosa, profusamente disseminada, predominando no ventre, dorso, nádegas e face de extensão dos membros. Nestes pontos pela íntima justaposição de lesões chega a dermatose a se apresentar em verdadeiros "placardes" e com exematização secundária. Em outros pontos, como nas espaldas e na face posterior do pescoço, o processo era francamente liquenóide. O diagnóstico clínico do processo não era difícil, sendo confirmado posteriormente com a R. de Wassermann e o exame histo-patológico.

Analisando este caso clínico os A.A. chamaram a atenção sobre a intensidade do processo cuja patogenia procuram explicar. Neste particular lembram a hipótese de Milian, que considera a sífilide liquenóide consequente ao particular estado imuno-alérgico determinado pela tuberculose. Neste caso comprovaram a existência de uma tuberculose-infecção, porém não de uma tuberculose-doença. Conhecida a alta incidência de infecção tuberculosa em nosso meio, esse fato contrasta com a raridade do quadro clínico observado. Lançam mão então de uma precedente infecção leprosa apurada na história do doente, justificando assim que as progressas lepra e tuberculose, por um processo de para-alergia teria influido na evolução da lues, determinando assim o quadro clínico relatado.

46)

A leishmânia, em face da penicilina, "in vitro". — Dr. José Aranha Campos. — O A. propôs-se estudar o comportamento das formas flageladas de leishmânias (leptomenas), em presença da penicilina, "in vitro". Para tanto, utilizou-se de três amostras de protozoários, das quais uma fôra recentemente isolada.

Após sementeira de cada amostra em meio apropriado e 10 dias de cultivo, distribuído igualmente em dois tubos, contendo meio de N.N.N. modificado (Rugai), o material assim obtido e devidamente homogeneizado. Um dos tubos servia como controle, enquanto no outro foi adicionada a penicilina. Antes da aplicação desta, foi retirado deste segundo tubo 1 cc. de água de condensação, substituído por 1 cc. de soro fisiológico, contendo 5 mil unidades Oxford de penicilina de proveniência norte-americana (Powers Weightman Rosengarten).

Desta forma, no final, existiam 3 tubos contendo cada qual 5 mil unidades Oxford de penicilina, e outros 3, com água de condensação apenas, ou sejam 6 tubos ao todo.

No fim de 5 dias, verificou o A. que as leishmânias cresceram igualmente nos 6 tubos, isto é, tanto nos tubos controles, como nos que continham penicilina.

No 6.º dia, em 2 dos tubos com penicilina, foram acrescentados mais 10 unidades Oxford de penicilina, concentradas em 1 cc. de soro fisiológico 24 horas depois dessa operação (no 7.º dia portanto), as leishmânias desses tubos continuavam a se multiplicar sem impedimento, com plena motilidade.

No 12.º dia, foi praticada contagem geral, e não se observou alteração no crescimento e na vitalidade das leishmânias, dos tubos contendo ou não penicilina. Nesse 12.º dia, após a referida contagem, foi praticada dosagem de Fleming. A leitura após 24 horas (incubação a 37°C.), revelou a

presença de penicilina, tendo caído para 4 mil unidades Oxford, a penicilina do tubo em que se puzera 5 mil unidades Oxford.

E' de notar, diz o A., que a experiência fôra em meio ambiente, sem proteção contra a luz e numa temperatura que oscilou entre 20° e 25°C., sendo que a penicilina empregada fôra proveniente de restos dos vidros usados em casos de tratamento de doentes vários, portanto com mais de 72 horas de diluição (conservados em geladeira).

Levando-se em conta, a faculdade da penicilina de impedir o crescimento de muitos germes, bem como a ação negativa contra as leishmânias, o A. preparou meios de N.N.N. contendo 10 mil unidades Oxford de penicilina e outros comuns, como controle. Tendo semeado material proveniente de lesões leishmanióticas cutâneas e nasais, sem toilete das mesmas, somente observou contaminação nos tubos sem penicilina. Encontrou nesses tubos contaminação por estafilococos, estreptococos, bacilos difteróides, bacilos Gram-

negativos e bacilos Gram-positivos esporulados.

Lembra no entanto o A. que a proteção pôde não ser absoluta, como é óbvio, pois é frequente encontrar-se no nariz, germes do gênero hemófilos como bacilos de Pfeiffer,, bacilos Gram-negativos esporulados, etc., contraditões também nas lesões cutâneas, contra os quais a penicilina não tem ação independente. Não resta dúvida porém, diz o A., que grande proteção se pôde dar aos meios de cultivo de leishmânias, com o emprego da penicilina no líquido de condensação.

Ao terminar, o dr. Aranha Campos agradeceu ao dr. Luís de Sales Gomes, chefe da Secção de Virus do Instituto Adolfo Lutz, onde no momento se preparam as vacinas para a profilaxia da leishmaniose no Estado de São Paulo, serviço a cargo do A., o fornecimento das amostras, do material etc., bem como aos técnicos, Das, Filcca Magaldi Jordão e Consuelo Montenegro e sr. Antônio Fumagalli, pela colaboração na feitura das experiências.

SECÇÃO DE PEDIATRIA EM 12 DE JANEIRO DE 1945

Presidente: Dr. Vicente Lara

Considerações em tôrno de alguns casos de pneumonia a hidro carboneto. — Dr. Luís Augusto Toledo e Paulo Barros França. — No Pavilhão Condessa Penteado da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, serviço do Prof. Pí-nheiro Cintra, no período compreendido de Julho de 1940 a Agosto de 1941, foram atendidos 6 casos de intoxicação aguda por ingestão accidental de querosene e gasolina.

Os AA. dão uma descrição resumida das observações desses casos.

Dessa época para cá, naturalmente devido ao racionamento imposto pela guerra a esses produtos, não houve oportunidade de ser observado mais nenhum caso.

A sintomatologia desses casos de intoxicação aguda por ingestão de querosene e gasolina é imediata e mediata. Entre os sintomas imediatos são apontados a sufocação, acessos de tosse, eliminação pela boca de uma secreção espumosa que pode ser sanguinolenta, estado soporoso, sonolência, relaxamento muscular e às vêzes estado de coma. Dispnéa mais ou menos intensa, taquipnéa superficial, vômitos. Os elementos do síndrome neurológico dessa sintomatologia imediata geralmente se prolongam por mais de 24 horas a não ser nos casos muito graves e mortais.

Os sintomas decorrentes das manifestações pulmonares passam depois a dominar o quadro.

Os processos que têm sido observados vão desde o quadro de simples bronco alveolites até as broncopneumonias, pneumonias, pneumotórax, derrames pleurais, etc.

Foi estudado o mecanismo de ação desses hidrocarburetos na produção dessas complicações pulmonares. Não há uma opinião unânime, entretanto é hoje geralmente admitido como mecanismo patogênico dessas manifestações pulmonares a aspiração desses produtos e a inalação de seus vapores, como principalmente, no caso da gasolina, por ocasião da ingestão acidental.

As imagens radiológicas podem variar desde os focos nodulares, de contornos mal definidos, em relação de vizinhança com a rede brônquica, até o aparecimento de focos maiores que confluindo podem tomar todo um lobo pulmonar ou parte dele.

Foram citadas as investigações experimentais de Cassineli e Invernizzi, L. I. Lesser e col. Erich Nassau e S. Rosenbaum, etc., feitas em coelhos procurando reproduzir o que se passa na clínica.

O prognóstico imediato "quod vitam", está na razão direta da quantidade de hidro-carbureto que entrou nos pulmões, por aspiração, com a maior ou menor gravidade da pneumonopatia desenvolvida, e a ação tóxica sobre o sistema nervoso. A sobrevivência de mais de 24 horas, segundo a observação de quase todos os casos fatais citados pelos autores, torna o prognóstico favorável.

No que se refere ao tratamento fica discutível a indicação das lavagens de estômago porque podem favorecer a aspiração desses produtos para os pulmões, pela sufocação, regurgitação ou vômitos que às vezes provocam.

Como as lesões pulmonares primitivamente asséticas, poderão evoluir como um processo infeccioso, por contaminação posterior como os germes das vias respira-

tórias, o emprego profilático de sulfamidas e seus derivados e agora de penicilina, é aconselhável.

A oxigenoterapia constitui uma medida de grande valia em certos casos.

Cómentários. — Dr. José Barros Magaldi: — Desejo lembrar, como um dado que possa servir para explicar a possível via de chegada do carbohidreto ao pulmão, a conferência nesta casa pronunciada pelo Prof. Saenz, à cerca de dois anos. Este pesquisador uruguaio, diretor do Instituto Pasteur de Paris, mostrou que a injeção intramuscular de uma suspensão aquosa de bacilo de tuberculose, mortos, nada determina no pulmão de coelhos. Todavia se a suspensão é feita em parafina líquida, dentro de certo tempo desenvolve-se no pulmão do animal um quadro típico de tuberculose. Por outro lado, quando injeta aquelas mesmas suspensões aquosas e, depois, separadamente, a parafina líquida, sem bacilos, do mesmo modo surge a tuberculose pulmonar.

Parece, assim, que a parafina que se encaminha para o pulmão tem, pode-se dizer, um papel de mordente para os bacilos, facilitando sua situação em tal órgão. Ora, tal veículo aí não chegou por via traqueal. É razoável pensar que o querosene ou gasolina, que são carbohidretos de peso molecular menor, podem também alcançar ao menos em parte, o pulmão, por outras vias que não a traqueal.

Dr. Vicente Lara. — Dos poucos escritos que sobre o assunto tenho tido ensejo de ler é "La neumonia por hidrocarburos del tipo Kerosene y la Bencina", de Cassineli, aparecido nos "Archivos de Pediatría del Uruguay" em maio de 1943, o melhor de todos. Cassineli, em sua memória, faz um estudo bem sistematizado dos fenômenos resultantes deste gênero de intoxicação, apontando tôdas as aquisições logradas no ter-

reno experimental e cinetífico que a êle se prendem.

Valôr não pequeno tem o relato dos Drs. Barros França e Luís Augusto de Toledo. Relato é bem o termo, porquanto os autores, honestamente, nada mais do que isso pretenderam. Mas, embora tratasse apenas de uma referência do que tiveram azo de observar nas movimentadas enfermarias do Pavilhão Condessa Penteado, foi muito instrutivo para todos nós. Não precisavam os autores ter repisado, tantas vezes, as lacunas de que se ressentem algumas de suas observações. Compreendemos perfeitamente serem elas inerentes à pobreza material de nossas instituições hospitalares, maximé daquella benemerita Santa Casa que, a despeito de tantas falhas, tão grande e tão numerosos benefícios presta aos menos bafejados da sorte que é a quasi totalidade de nossa população.

Dada a benignidade dos fenômenos tóxicos desenvolvidos nesta decorrência, os casos de crianças que se intoxicam e vêm a ser fatais são relativamente pouco frequentes, de sorte que algo inexpressiva é, à hora presente, a contribuição da anatomia patológica para a elucidação das alterações que nela são observáveis.

A êste respeito ensina-nos Machle que, como sôe acontecer nos casos de intoxicação aguda, as alterações patológicas, quer em sua intensidade, quer em sua profundidade, são influenciadas pelo tempo que medeia entre a sua ocorrência e o seu desenlace fatal.

Se a morte é imediata, vale dizer, no espaço de poucas horas, as alterações que ordinariamente se comprovam são, ao lado das que se prendem ao edema dos pulmões e do sistema nervoso central, áreas de congestionamento e de hemorragia de diferentes viscerais, mas predominantemente dos pulmões.

Se o desfêcho só se verifica dias ou semanas mais tarde, além das citadas, outras modificações se fa-

zem encontradiças, tais como, zonas de necrose nos pulmões e lesões regenerativas no fígado e nos rins.

Tão várias e bruscas são as expressões funcionais dêste envenenamento agudo, mormente para o lado do sistema nervoso, como a perda de consciência, incoordenação, convulsões, delírio, relaxação muscular, perturbação da palavra etc., que há quem hesite em reconhecer como sua expressão máxima e constante e como uma entidade clínica autônoma, a pneumopatia que pôde se traduzir, como vimos, por todo um cortejo sintomático de febre, dispnéia, tosse incessante, macicez, sôpro, estertores, imagem radiológica característica e outros sinais.

Êstes envenenamentos, como succede ser regra geral na infância, são todos de natureza accidental. Quer o querosene, quer a gasolina, são tomados fortuitamente pelas crianças, quando se encontram ao alcance de suas mãos.

E' intuitivo que a porção do liquido ingerido desempenhe um papel fundamental; mas forçoso é de se admitir a predisposição individual tenha também a sua importância, o que, aliás, já foi notificado em publicações americanas. E' tal fato, ao meu sentir — independentemente dos mecanismos expostos pelos conferencistas, por via dos quais pode se efetuar o envenenamento — que explica como quantidades relativamente pequenas de uma dessas substâncias podem provocar os fenômenos assinalados. Afigura-se-me que algumas das observações dos Drs. Barros França e Luís Augusto de Toledo podem ser aceitas como expressões desta interpretação.

Machle, que parece possuir amadurecida experiência dêstes assuntos, afirma que a quantidade fatal ao homem é, em média, de 7,5 gramos por quilo de pêso. Contudo, esclarece terem sido registrados casos de morte com o montante de, apenas, 10 gramos e, em flagrante opposição a êstes

registros, a sobrevivência se ter verificado em casos em que a porção sorvida atingiu a 250 gramas.

Esta aparente contradição é explicada, em parte, pela diversidade da composição da gasolina; sua absorção é tanto mais célere quanto maior fôr o seu teor de benzeno e outros hidrocarbonetos da série aromática, à conta de sua maior solubilidade na massa sanguínea.

Todavia, outros fatores há que compartem destas mesmas responsabilidades. A abundância ou a ausência do vômito e o interregno decorrido entre o seu aparecimento e a hora da intoxicação são condições a serem igualmente conceituadas. E o mesmo se passa com o estado em que se encontra o estômago, se vazio ou em repleção, atento que os alimentos, máxime as gorduras, tendem a retardar o fenômeno da absorção.

O diagnóstico clínico não oferece dificuldades maiores, mesmo quando se careça de informes anamnésicos. O odor característico destes corpos químicos facilmente se denuncia nos vômitos, no hálito, no líquido da lavagem do estômago e, frequentemente, nas roupas, que deles se impregnam por ocasião de sua ingestão ou das primeiras regurgitações.

O prognóstico imediato está na dependência das diversas causas que vimos articuladas, falando alto, de permeio a elas, a capacidade fisiológica de reação do doentinho ao agravo recebido.

E' justamente em função destes elementos que os coeficientes de letalidade, comumente, são tão dispares entre si. A dissimelhança existente entre eles, outra explicação não encontra sinão esta. Cumpre lembrar que, de acôrdo com as estatísticas norte-americanas, as defunções pelo querosene são menores que as causadas pela gasolina.

Com respeito ao mediato nada é de reccar-se. A cura, na generalidade, das vezes, é integral, sem que do processo havido resulte o

menor reliquat. Os pacientezinhos que os drs. Barros França e Luis Augusto de Toledo tiveram ocasião de rever e radiografar, após haver decorrido mais de um ano de terem deixado o hospital, são um inequívoco testemunho desta asserção.

Em atinência ao tratamento, temos de atender ao tóxico e a pneumonia.

Quanto ao primeiro, Machle insiste muito na importância das lavagens gástricas. Preconiza que elas sejam feitas logo que se é chamado a intervir, independentemente do tempo que tenha após a ingestão, mesmo na hipótese de haver um lapso de 24 a 48 horas. Ele reconhece a sua utilidade em razão de ser lenta a absorção através das paredes do estômago. E' óbvio que quanto mais precoce forem as lavagens, tanto mais benéficos serão os seus resultados.

Tais medidas devem ser completadas — ainda no doutrinar deste autor — pelos purgativos ou enterocismas, desde que não haja descargas intestinais expontâneas, com o fito de desembaraçar qualquer fração de tóxico retida nas últimas porções do intestino.

Como acontece a cada passo em nossa medicina, nem todos aceitam esta norma de procedimento. Autores há que a não referendam, alegando a possibilidade de poder o doentinho, ao esforçar-se para vomitar, aspirar seja a gasolina, seja o querosene de que se procura desembaraçar a cavidade gástrica, mercê do emprêgo das manobras habituais.

Com vistas ao tratamento da pneumonia, disseram-nos os ilustrados e experientes conferencistas, da falência e da precariedade de nossos remédios.

A hospitalização de tais doentinhos se impõe sem maiores delongas, não só pela necessidade de uma enfermagem mais solícita e eficiente, como pela possibilidade da ocorrência, imprevisi-

vel mas não inesperada, até o terceiro dia do acidente, de uma crise de apnéia, colapso circulatório ou acessos convulsivos, que demandem atuação imediata e incisiva.

A oxigenoterapia constitui um dos recursos mais prestimosos em tais emergências. No entanto, Cassinelli, de maneira pouco convincente ao meu entender, faz restrições a ele. O que o demove de nutrir maiores entusiasmos é a conjectura que formula de poder haver uma ruptura do parênquima pulmonar, em consequência da introdução, muito brusca, em seus alvéolos, da mistura de O e CO₂ ou que ela venha a ser determinada pelos acessos de tosse que estes mesmos gases habitualmente costumam provocar.

E' bem de vêr, como tão precisamente assinalaram os oradores, que para esta espécie asséptica de pneumonia não há lugar para a recomendação de uma das sulfas ou da penicilina, que tão grandes prodígios operam em outras situações. Nesta mesma ordem de idéias vale ainda notar que há, igualmente, contra-indicação para o emprêgo da adrenalina, mercê a tendência que possui de engendrar, nesses emergências, o edema do pulmão.

* * *

Os comentários feitos pelo dr. Magaldi, insinuam-me algumas considerações em atinência às pneumonias lipóidicas ou lipoidopneumonias como querem alguns, cuja maior frequência do lado direito e cuja patogênese sugerem, de certo modo, o mecanismo isto é, o da aspiração, que os conferencistas adotam para a explicação da intoxicação dos seus doentinhos. Cabe, no entanto, desde o início, fazer a ressalva que as pneumopatias resultantes da aspiração de óleos ou de gorduras, são em geral, consolidações pulmonares de caráter crônico e o seu começo jamais apresenta esta dramaticidade.

A aspiração das substâncias oleosas instiladas nas narinas é que, mais a miudo, origina tais consequências, e, em número de vêzes menor, o óleo de fígado de bacalhau e a gordura do leite, sempre administrados, como é natural, pela via oral.

E' bem verdade que os mencionados acidentes ocorrem, de preferência, entre prematuros e lactentes, quando novos ainda, ou enfraquecidos, ao passo que nas crianças de mais idade, quando, por um motivo qualquer, de ordem acidental ou patológica, encontra-se embotado ou anulado o reflexo da tosse.

As modificações patológicas dependem não só da quantidade e da qualidade do óleo aspirado como, também, na natureza do material infectado no nasofaringe por ele carregado ao pulmão. São estes fatores que condicionam, em geral a maneira de ser do início, da evolução e da exteriorização do quadro clínico. Nêsse fato reside um ponto a mais da analogia das apreciações do dr. Magaldi com as minhas.

Os óleos vegetais são os menos irritantes e os menos malfazentes, enquanto que os animais, os mais perniciosos em virtude do seu alto teor em ácidos graxos e à facilidade com que sofrem de hidrólise. Quanto menor for a saturação de um óleo e quanto mais fácil for a sua hidrólise tanto maior será a sua agressividade. Por êsse motivo é que o óleo de fígado de bacalhau é o mais nocivo de todos.

O petrolato líquido é quimicamente inerte e atúa, no parênquima pulmonar, tão somente como um corpo estranho.

Sabemos que o prognóstico destas pneumopatias é, via de regra, reservado, e que nulos são os recursos terapêuticos de que no momento corrente dispomos para combatê-las.

Impõe-se, daí, absoluta necessidade de não mais serem prescritas tais substâncias como veículos de medicamentos descongestionan-

tes ou de pretensos antissépticos das vias superiores, como acontece na atualidade com as sulfas.

O perigo a que a criança se expõe não é pequeno, nomeadamente quando usado "a larga manu" é indiscriminadamente como acontece em todos os lares em que as mães se exorbitam no uso de queijandos remédios, mesmo quando se trata de crianças de poucas semanas de vida.

A propósito de um caso de cardite reumatismal, em criança de menos de três anos de idade. — Dr. Vicente Lara. — O A. relatou a história clínica de um caso extremamente grave de reumatismo poli-articular agudo em idade verdadeiramente excepcional, que teve ocasião de acompanhar desde o início até à sua franca convalescença.

Deteve-se em analisar, um por um, os sintomas apresentados, tendo, em torno de cada um deles longos e demorados comentários.

Mereceram, também, a sua atenção o fator etiológico e as causas tidas como predisponentes. A evolução clínica, o prognóstico, o tratamento e a profilaxia foram outros pontos que não ficaram subestimados em sua apreciação.

Como era de se deduzir do título da comunicação, os fenômenos cardíacos no decurso da infecção reumatismal, constituíram a "magna-pars" da exposição. Para tal fito, a história clínica do doentinho prestava-se cabalmente, em razão da expressividade de sua sintomatologia, perfeitamente documentada por significativo acervo de exames feitos repetida e seriadamente, tais como: hemogramas, hemo-sedimentações, fono e eletrocardiogramas, e radiografias da área cardíaca.

Foram, igualmente, recapitulados diversos conceitos que, através dos tempos e das diversas escolas médicas, buscaram interpretar a coparticipação do coração no quadro clínico reumatismal.

SECÇÕES DE PEDIATRIA E DE RADIOLOGIA E ELETRICIDADE MÉDICA EM 22 DE FEVEREIRO DE 1945

Presidentes: Drs. Vicente Lara e J. M. Cabelo Campos

Sífilis inata e seu tratamento pelo arsênico pentavalente (Stovarsol) — 38 casos tratados pelo método de E. Müller — Considerações sobre a sífilis óssea do lactente. — Dr. Pedro Refinetti. —

Começa o Autor, fazendo o histórico e o mecanismo de ação do arsênico pentavalente.

Empregou na maioria dos casos o tratamento em 7 decadas:

| | | | |
|-------------|---------|--|-------|
| 1.ª Decada: | 10 dias | meio comprimido ao dia de Stovarsol (0,25) | 1,25 |
| | | 4 dias de descanso | |
| 2.ª Decada: | 10 dias | 1 comprimido ao dia | 2,50 |
| | | 4 dias de descanso | |
| 3.ª Decada: | 10 dias | 2 comprimidos ao dia | 5,00 |
| | | 4 dias de descanso | |
| 4.ª Decada: | 10 dias | 3 comprimidos ao dia | 7,50 |
| | | 4 dias de descanso | |
| 5.ª Decada: | 10 dias | 4 comprimidos ao dia | 10,00 |
| | | 4 dias de descanso | |
| 6.ª Decada: | 10 dias | 4 comprimidos ao dia | 10,00 |
| | | 4 dias de descanso | |
| 7.ª Decada: | 10 dias | 4 comprimidos ao dia | 10,00 |
| | | 4 dias de descanso | |

Dose total: 46,25 grs.

Em seguida estuda os efeitos tóxicos ou de hipersensibilidade do medicamento.

a) reações tóxicas banais. — Em 3 anos de emprego do Stovarsol no tratamento da lues do lactente na Clínica de crianças do Hospital Nossa Senhora da Aparecida foram observados: Eritema escarlatiniforme, eritema morbiliforme, eritema generalizado e erupções bolhosas esparsas. Geralmente estes sintomas se apresentaram associados com febre. Os fenômenos tóxicos ou de hipersensibilidade foram observados com maior frequência nos primeiros dias de tratamento do que nas fases sucessivas, quando se alcança doses mais elevadas.

b) Reações tóxicas graves. — Foi observado apenas um caso. Nos primeiros dias de tratamento elevação térmica, erupção morbiliforme, vômito, diarreia e conjuntivite; no dia seguinte petequias, principalmente na região dorsal.

c) Reações tóxicas mortais. — Não foi observado nenhum caso. Eficácia dos arsenicais pentavalentes.

a) "Efeito favorável sobre o desenvolvimento físico": pelo quadro do peso verificou-se melhora nítida sobre o desenvolvimento corporal e psíquico.

b) Modificações dos sintomas clínicos. Lesões cutâneas: As maculas e as papulas desapareceram logo nos primeiros 10 dias de tratamento. Os condilomas, miosite e ulcerações profundas requerem mais tempo para o seu desaparecimento.

Rinite luética. — Regrida somente quando se alcança 20 a 30 grs. de Stovarsol. Esplenomegalia e hepatomegalia. — São os sintomas mais rebeldes em retroceder.

c) "Cura das lesões ósseas da lues". — Em todos os casos de lesões ósseas da lues foi encontrada a sorologia positiva. Nos lactentes portadores de lesões ósseas a mortalidade foi elevada:

sobre 11 casos, 6 faleceram. Em 5 casos foram acompanhados pelo exame radiológico repetido, e verificaram-se curas das lesões somente quando se alcançaram doses elevadas de Stovarsol. Os sintomas clínicos dór e impotência funcional de um ou vários membros regrediram logo nos primeiros 10 dias de tratamento. Foram observadas lesões raquíticas tanto nas crianças, com Wassermann positivo como nas com Wassermann negativo. Faz considerações sobre o raquitismo que aparece devido a internação prolongada e aconselha em todas estas crianças elevadas doses de Vit. D e -B.U. Violeta.

d) "Ação sobre as reações sorológicas". O primeiro Wassermann foi praticado no início do tratamento; o segundo ao se alcançar a dose perto ou pouco acima de 20 gramas, o terceiro ao terminar o tratamento. Os Wassermann de controle foram realizados quando possível, de 3 em 3 meses. Os resultados foram divididos de acordo com a idade: a) de 1-12 meses, b) de 13-14 meses, c) acima de 2 anos.

a) de 1-12 meses. — Nos lactentes do primeiro ano de vida, o arsênico pentavalente fez rapidamente o valor do Wassermann em todos os casos. Em 10 houve quêda para a negatividade no final da medicação. Nas 6 crianças de cor branca foi verificado 100% de cura sorológica ao terminar o tratamento e nas 6 de cor preta 87% de negatividade, ou um total de 91,6%.

b) de 12-24 meses. Nos 14 casos de lactentes de 13 a 24 meses, obteve-se negatividade do Wassermann no fim da medicação em 60% das de cor preta. Pela leitura do gráfico notou-se claramente a diferença dos resultados entre estas crianças e as abaixo de 12 meses.

c) Acima de 2 anos. — Nas crianças acima de 2 anos (12 casos) obteve-se negatividade do Was-

sermann ao termiar o tratamento, em 58% dos casos.

O A. conclue com segurança que o método arsenical intensivo pela via bucal é sob todos os aspectos o melhor e o mais prático. E' o método ideal de tratamento do lactente no primeiro ano de vida pois: atua favoravelmente sobre os sintomas da sífilis manifesta, atua sobre o peso e sobre o psiquismo e atua de uma maneira convincente fazendo cair o Wassermann para a negatividade.

Comentários. — Dr. Vicente Ferrão. — O esquema de Müller das doses altas surgiu logo após o aparecimento dos arsênicos pentavalentes.

Foi um esquema que causou muita surpresa, justamente pela elevação dessas doses.

Em nosso meio, é preciso confessar, ainda é habitual o temor das doses altas propostas por Müller.

Mesmo nesses livros considerados clássicos entre nós, existe ainda um certo temor pelo emprego das doses elevadas de arsênico pentavalente.

As reações de Herxheimer e nitritóides não dependem porém, o mesmo diz o dr. Refinetti, das doses, mas de um fator individual. E' útil saber-se isto para não termos receio de empregar as doses elevadas. Os esquemas propostos com o tratamento de bismuto e de arsênico são inexequíveis e é preciso que se confesse, tanto na clínica privada, como nos hospitais, não se conseguem bons resultados pelos processos clássicos.

Como o dr. Refinetti demonstrou o único tratamento exequível da sífilis é pelo arsenical pentavalente do qual existe uma infinidade de esquemas com doses que variam de 1 para 100.

Se ele emprega estas doses é porque existem 2 fatores importantes: a dose e o tempo em que ela deve ser empregada.

Não é indiferente tratar o doente com 40 gramas de arsênico pentavalente em 2 anos ou em 3 me-

ses. Importante é que esta seja empregada em 3 meses.

O dr. Refinetti tem o grande mérito de comprovar que seus tratamentos dão bons resultados, provados pelo exame sorológico, e radiológico, enfim por todos os recursos de diagnóstico e vem pôr em evidência a necessidade e a possibilidade de se poder empregar, dando resultados de grande significação, quebrando todo o receio.

Por todos esses motivos eu quero felicitar a nossa Associação e ao dr. Vicente Lara que se encarrega de trazer a esta casa homens da fibra do dr. Pedro Refinetti.

Dr. Vicente Lara. — O Stovarsol, estudado inicialmente por Ehrlich, foi reintroduzido na terapêutica por Levaditi. A divulgação do seu emprego, na rotina clínica, foi, desde logo, saudada como sendo a inauguração de uma época mais auspiciosa no tratamento da sífilis congênita.

O acolhimento entusiástico que, incontinenti, teve, nos campos da pediatria, foi, em parte, devido à extrema facilidade de seu uso. Vinha facilitar extraordinariamente o tratamento, em razão de desaparecerem os graves inconvenientes, por vezes irremediáveis, que se deparavam no tratamento clássico que até então era utilizado, e que consistia no emprego da via venosa, nem sempre acessível à pericia do médico e frequentemente não consentida pelos pais, para a introdução do medicamento.

Como acontece com todas as novidades terapêuticas, não tardaram a surgir, pouco depois da generalização do seu uso, as restrições e mesmo as detratações. Assim é que os sifilígrafos e pediatras apartaram-se em sítios opostos, e o mais curioso é que, mau grado a divergência dos julgamentos, ambos tinham razão.

Afirmam os primeiros que o Stovarsol, na sífilis do adulto, é inoperante ou, quando menos, age de maneira incerta e não eficiente; mas, no entanto, rendem êles jus-

tiça à opinião dos pediatras, concordando que, na criança, quando o seu emprego é oportuno e rigidamente seguido, os resultados são realmente compensadores.

Todavia, mesmo entre os pediatras, a maneira de sentir não é uma só. Afim de melhor precisar em que consiste esta discordância, peço vênia, aos senhores radiologistas, para esclarecer que, em medicina infantil, nós dividimos a sífilis congênita em sífilis congênita precoce e sífilis tarda, consoante seja a idade da criança menor ou maior de dois anos.

Isto posto, tenho a aduzir que a pluralidade da classe aceita o Stovarsol como medicação realmente eficiente quando êle é empregado no tratamento da sífilis congênita precoce; enquanto que os resultados passam a deixar o que desejar quando usado para o combate da sífilis congênita tarda.

E, a meu vêr, um exemplo muito razoável dêste critério de julgar temos no relato que acabamos de ouvir. No primeiro grupo dos doentinhos do dr. Refinetti, todos êles menores de 2 anos, os resultados foram indiscutíveis; já as cousas mudaram de figura com o grupo imediato, que abrange crianças de idade maior.

Na Alemanha, o uso do Stovarsol, lá conhecido sob a denominação de "Spirocid", teve a mais larga aceitação e mesmo nos Estados Unidos, onde recebeu o nome de "Acetarstone", muitos são os seus entusiastas entre os pediatras eminentes.

Por haver assim uma atmosfera de tanta apologia, causou-me enorme surpresa quando a Primeira Conferência Nacional de Defesa contra a Sífilis, visando estabelecer, para todo o país, as normas que deveriam presidir o tratamento anti-sifilítico e que foram publicadas debaixo de seus auspícios sob o título de "Padronização do Tratamento da Sífilis", não enumerou o Stovarsol entre os agentes a serem utilizados. Lá se encontram arrolados os sais arse-

nicaes penta e tri-valentes e os de bismuto, tanto os insolúveis como os solúveis; mas nem uma só referência ao Stovarsol.

Não sei se estou muito certo na minha suposição, porque não conheço as datas cronológicas, mas sou propenso a crer que as autoridades patricias que ditaram estas normas, inspiraram-se em uma publicação oficial do Departamento de Saúde dos Estados Unidos, "Syphilis in Mother and Child", da autoria de Cole e Jeans, com a colaboração de muitas outras autoridades da sifiligrafia e da pediatria americana, e que se destina igualmente a padronizar o tratamento. Nesta monografia, a que me refiro, não há também a menor alusão ao Stovarsol, ou seja lá ao Acetarstone.

Com vistas aos acidentes provocados pelo Stovarsol o dr. Refinetti referiu-se a alguns dos mais corriqueiros e citou os processos de combatê-los. Dirigindo-me particularmente aos meus companheiros de especialidade, eu me permito evocar os interessantes estudos de Abt, sobre a vantagem do emprego da vitamina C, com o intuito de aumentar a tolerância à cura arsenical. Dada a incontestada autoridade de Abt, as observações seriadas que tem a êste respeito, quer só, quer feitas em colaboração com Aron, penso que elas devem merecer o nosso interesse. Até agora, não vi, a êste respeito, nenhuma citação na literatura nacional, e nunca ouvi referência em nosso meio.

Quanto à assiduidade com que êstes fenômenos tóxicos se processam, reina certa discordância: há quem os diga muito raros e há quem os afirme frequentes.

Pillsburg e Pellmann, duas autoridades que muito têm se ocupado do "Acetarstone", em um trabalho da Sigma Clinic of Children's Hospital, da University of Pennsylvania School of Medicine, informam que os acidentes tóxicos são quatro vezes mais comuns entre as crianças hospitalizadas do que

entre as que frequentam o ambulatório.

Os motivos dêsse desencontro, pontificam êles, está em que as crianças internadas são realmente medicadas; ao passo que as de ambulatório não são submetidas, com a mesma regularidade, à medicação; e o que acontece é que os pais, para se eximirem da censura do médico, afirmam ter seguido à risca as instruções dadas, quando, na realidade, foram descuidadosos ou mesmo relapsos.

Quero crêr, como esclarecidamente comentou Vicente Ferrão, que êstes fenômenos correm, grande número de vezes, mais por conta de uma intolerância individual do doentinho do que propriamente da toxidez do medicamento. Com efeito, acabamos de saber que todos os doentinhos que apresentaram reações tóxicas, tiveram-nas quasi que ao início do tratamento e nunca, como seria mais admissível no caso de envenenamento, do meio para o fim.

Sabemos, de outro lado, que quanto mais grave e mais precoce forem as manifestações luéticas, tanto maior será a suscetibilidade dos doentinhos ao medicamento. Dai ser um postulado bastante conhecido o que preceitua que o tratamento, em tais condições, deve ser iniciado com doses muito menores que as habituais, e que seu aumento gradativo deve ser feito em progressão menor do que nos casos de outra aparência clínica.

Glanzmann, ao tecer algumas considerações a êste respeito, declara que não há muito que lamentar nos casos em que, em consequência da violência de tais reações, o doentinho vem a sucumbir. Pondera êle que a saúde dessas crianças acha-se de tal maneira onerada, que a sua sobrevivência jamais poderia constituir a concretização de uma esperança bem fundamentada. Ante os agravames a que se acham jungidas, conclui êste insigne mestre, elas terão fatalmente seu desenvolvimento, tanto físico como mental, inexoravelmente afetado.

58)

Como quer que seja, numa causa havemos de convir: que, realmente, é de se admirar a tolerância que, de modo geral, revelam as crianças ao Stovarsol, principalmente quando o tratamento é orientado, como foi nos casos do dr. Refinetti, pelo esquema de Erich Müller, cujo tempo de duração orça em três meses e cujo total oscila entre 40 e 55 gramas, o que não deixa de ser uma dose considerável.

Em relação às lesões ósseas, muita coisa há a comentar, mas como o professor Rafael de Barros deverá ocupar a nossa atenção especialmente com êste tema, eu me reservo para dizer algo, caso ainda haja oportunidade, após ouvir a sua autorizada palavra.

Um ponto que o dr. Refinetti, na minha opinião, feriu, de maneira muito feliz, notadamente por se tratar de um auditório tão heterogêneo, sob o ponto de vista das especialidades, foi o da coincidência da sífilis com o raquitismo, doença esta que, em absoluto, é peregrina em nosso Estado.

Para todas as escolas médicas pediátricas — salvo para alguns remanescentes da escola francesa, fiéis a conceitos hoje caducos, dos quais Marian se constituiu um dos mais ardorosos defensores — a sífilis nada tem que haver com o raquitismo. Entre ambos, no máximo, pode haver apenas uma relação de mera coincidência, porém, em tempo algum, de causa e efeito. E' um tema que nunca é demais insistir para que se desfaçam, em definitivo, dúvidas que cientificamente à luz dos nossos conhecimentos atuais, não têm a mínima razão para subsistirem.

Em consonância com êste comentário, sobre a diversidade de etiologia dêstes dois quadros mórbidos, ocorre-me recordar a existência de determinadas deformações ósseas craneanas que, sem maior fundamento, são rotuladas sistematicamente como estigmas de sífilis congênita.

Os ossos do crâneo, maxímé o frontal e os parietais, podem ser séde de uma hiperostose perióstica difusa que ocasiona uma proeminência maior das tuberosidades frontais e parietais.

Mas importa não esquecer que estas alterações não são, em absoluto, patognomônicas da sífilis, pois, podem ser igualmente identificadas no raquitismo, devido à deposição dos osteofitos, que mais tarde se calcificam.

Ainda existe uma terceira alternativa a indicar que tais deformações não são privativas à sífilis ou ao raquitismo: vamos encontrá-las também, nos estados acentuados de anemia, nomeadamente naqueles em que intensa é a destruição sanguínea, e a hiperplasia da medula óssea, que se faz por compensação, se estende até à diploe dos ossos craneanos.

Sobre esta matéria poderiam ser invocadas as palavras de György que, constituem uma meridiana confirmação dos conceitos que expendeu a este respeito.

Aquele notável mestre de Heidelberg faz notar o quão difícil é o diagnóstico diferencial entre as três causas etiológicas — sífilis, raquitismo e anemia, que podem ocasionar as referidas anomalias da conformação do crâneo, porquanto todo o lactente sífilítico que não é submetido a um regime ideal de vida acaba tornando-se raquítico e anêmico.

Em tal situação, declara êle ser provável que a mór parte das malformações craneanas, nas crianças sífilíticas, sejam antes de origem não específica que propriamente de origem luética. E admite que só se pode falar, com segurança, em características craneanas de origem sífilítica nos lactentes muito novos, que não atingiram ainda a quadra em que é peculiar o raquitismo e que, além disso, não se mostram anêmicos.

E como se isso não fôra bastante, predetermina que, mesmo em tais condições, faz-se imprescindível a co-existência de outros estigmas para que, lícitamente, se

inculque o diagnóstico de infecção sífilítica.

Há, em relação à história clínica de um dos doentinhos da casuística do dr. Refinetti, uma consideração que eu desejava fazer. Disse-nos o dr. Refinetti que o Wassermann inicial fôra positivo e que repetindo quando já tinha sido administrado certo número de grammas de Stovarsol o resultado apurado fôra bem melhor, embora ainda se conservasse positivo. Nesse momento a criança abandona o Hospital para alguns meses depois nele re-ingressar e que, nessa ocasião, repetido o Wassermann, com surpresa, verificou o orador que o resultado já não era mais de o que obtivera na última feita e que volvera a ser, novamente, fortemente positivo.

Afirmou, outro sim, acreditar que tal fato seja consequência de uma reinfeção, atendendo a que, quando ausente, o pacientezinho foi submetido, segundo apurou, a uma transfusão de sangue por indicação de outro colêga, e é levado a crer que o doador tenha sido um sífilítico.

Uma vez que o dr. Refinetti admite esta hipótese, eu sou obrigado a concluir que êle aceita tenha havido uma reinfeção em uma criança com sífilis congênita, reconhecida clínica e sorolôgicamente; portanto, êste doentinho se enquadraria na rubrica de "sífilis infantum".

Eu me limito, unicamente, a lembrar que, embora os casos de "sífilis binária infantum" sejam admissíveis, êles são, todavia, extremamente excepcionais. Hoffmann, fazendo ainda há bem pouco tempo, no American Journal of Syphilis, uma revisão do assunto, admite que os casos relatados desta natureza, ou que como tal se pretende sejam considerados, são tão raros que podem ser contados pelos dedos da mão.

Outro fato que julgo deveras curioso, é que na hipótese de ter-se que admitir ter havido uma re-infeção, como confessa o dr. Refinetti, o doentinho deveria ter

apresentado lesões que denunciavam essa re-infecção. E à pergunta que lhe fiz nesse sentido, respondeu-me que nada de anormal fôra verificado, nem para o lado da pele, das mucosas ou das vísceras, e que a única modificação havia fôra a alteração do Wassermann.

Ora, eu considero que, nesse caso, outras indagações mais profundas e detidas seria necessário serem levadas a termo antes que se pudesse formar um juízo definitivo. Penso mesmo que o dr. Refinetti não deveria desprezar a possibilidade de esclarecer bem este ponto, tão cheio de incertezas, para que se tivesse uma idéia clara sobre se houve ou não re-infecção, afim de que o seu excelente trabalho ficasse escudado de qualquer crítica que lhe pudesse ser lançada.

Outra nota a ser salientada na casuística apresentada, é a das crianças negras acusarem, após o tratamento, um percentual maior de resultados negativos que as crianças brancas. Este fato não deixa de ser expressivo. Ele vem coonestar a afirmação, repetidamente encontrada nos livros e nas revistas, de que a sífilis do negro é mais benigna que a dos brancos e que, por seu turno, os negros revelam uma tolerância maior ao Stovarsol.

No que diz respeito às reações de Wassermann falsamente positivas, tinha ainda algo a acrescentar que, a rigor, não se prende ao assunto em debate, mas que nem porisso deixa de oferecer certo interesse.

Sabemos que em determinadas condições patológicas, tais como a lepra, a framboeza tropical, o impaludismo e a mononucleose, os indivíduos dela padecentes, embora não sífilíticos, podem apresentar reações sorológicas positivas. A respeito desta última, tivemos algumas comunicações às nossas sociedades médicas no ano transato, por ocasião do surto de que foi presa a nossa cidade.

Deve-se fazer notar que o mesmo se tem verificado após o em-

prêgo de seruns, bem assim como após a vacinação anti-variólica.

Há meses atrás passaram-se, neste sentido, alguns fatos curiosos comigo. Tendo tido, no Instituto de Higiene, seguidamente reações de Wassermann com resultado positivo em crianças que clinicamente não apresentavam o mais leve sinal de sífilis, cuja anamnese não permitia a menor suspeita, e, ainda mais, os exames procedidos com o sangue de irmãos e pais eram negativos, procurei, afim de remover as dúvidas que suscitavam tais resultados, o dr. Lucas de Assunção, que é o encarregado da Seção de Bacteriologia daquela Casa e a cuja competência, dedicação e honestidade todos os colegas de São Paulo prestam, mui merecidamente, a mais irrestrita admiração.

Ao tomar conhecimento deste fato, apressou-se o Dr. Lucas não só em repetir os exames, como, também, em enviar o sangue deste grupo de crianças a outros laboratórios para que se procedesse igual análise. O interessante é que todos estes exames foram negativos.

Afastadas as causas que poderiam ter influenciado no falseamento dos primeiros resultados, uma só resistiu à análise, mas apenas como vaga possibilidade, sem que nos pudessemos certificar até onde seria ela aceitável: — teriam estes resultados sido influenciados pela vacinação anti-variólica a que é submetida toda criança ao matricular-se no Centro de Saúde?

Com o escopo de esclarecermos esta dúvida vamos aproveitar as crianças que ingressam no 1.º ano do Grupo Escolar "Godofredo Furtado", colhendo primeiramente o sangue para o procedimento da reação de Wassermann; vaciná-las em seguida, e retirar, dentro de certo ríamo que ainda não convençionamos qual seja, o sangue para tantas outras vezes o Wassermann ser repetido.

Uma vez que tenhamos chegado às conclusões finais, espero ter o prazer de trazê-las a este plenário

para submeter à crítica dos predados colégas.

Finalmente, me pareceu que o dr. Refinetti, tendo em vista o famoso princípio terapêutico da "antissepia magna", mostrou-se bastante cauto sobre quando se se deva dar por curada uma criança com sífilis congênita.

Pontificam alguns autores que, desde o momento em que uma criança que era Wassermann positivo, submetida ao tratamento, o seu Wassermann torna-se negativo e negativo permanece até dois anos após, tendo sido repetido, neste interim, várias vezes, sempre com igual resultado, não há motivos para receiarmos em afirmar que a criança está curada, restando apenas, como medida de cautela, o refazer estas reações mais duas ou três vezes, sempre com intervalo regularmente de um ano entre uma e outra feita.

Prelecionam, por sua vez, Jeans e Cooke que por cura deve-se entender a ausência clínica e serológica de sífilis por um espaço de tempo nunca menor de três anos.

Contudo, cumpre lembrar que Lust doutrina que toda reação positiva deve ser considerada como legítima expressão de sífilis manifesta e, por conseguinte, impõe que se inicie ou se continue o ataque medicamentoso até a sua negatificação.

Aspecto radiológico da sífilis óssea congênita. — Prof. Dr. Rafael P. de Barros. — O A., após fazer um pequeno resumo histórico aos trabalhos de Wegner, em 1870, e aos de Parrot quasi que contemporaneamente, descreveu os sinais radiológicos da lues congênita dividindo em: 1.º Sessões ostéo-condrais de 4 tipos, desde as alterações cálcicas da zona de ossificação conjuntiva até aos processos destrutivos, ostéo-clasíontes da ostéo-condrite.

2.º Alterações ostéo-corticais, erroneamente conhecidas como periostite, descritas por Frankel, e que são verdadeiras osteites com lesões da cortical e com formações estratificadas.

3.º Produções hiperplásticas que surgem meses depois do nascimento nunca são congênicas e por vezes muito extensas, envolvendo toda a tibia.

4.º Rarefações ósseas. — São lesões destrutivas medulares sob forma de lesões centrais, diafisárias conhecidas com as denominações de osteites de Mc Lean ou de osteomielite fibrosa de Winberger.

Após as considerações teóricas o A. apresentou farta documentação radiológica das diversas manifestações luéticas com radiografias de peças e seus respectivos laudos anátomo-patológicos e outros muito típicos das diversas formas da lues congênita nas variedades.

Comentários. — Dr. José Moretzsohn de Castro. — Desejavamos tecer alguns comentários em torno do diagnóstico radiológico diferencial entre a "osteocondrite luética" e as chamadas "faixas bismuticas", questão essa não focalizada no trabalho do Prof. Rafael de Barros, por escapar ao tema que se propoz desenvolver. Há 4 anos vimos estudando carinhosamente o assunto e temos tido oportunidade não só de radiografar uma série de membros de natimortos que nos foram enviados pelo Prof. Walter Maffei e pelo Dr. Antonio James Brandi, do Departamento de Anatomia Patológica da Faculdade de Medicina, como também observar mais de uma centena de casos em nossa clínica privada. Muitos desses casos, que nos foram enviados pelo Dr. Ruy Piazza, da Liga de Combate a Sífilis, com a documentação completa da história materna. Reação de Wassermann da gestante, antes e depois do tratamento, puderam ser seguidos por longos meses após o nascimento, o que, juntamente com os exames anatomo-patológicos das peças por nós comparadas, deu-nos certa segurança no diagnóstico diferencial. Temos a impressão que o diagnóstico radiológico da lues

óssea congênita é importantíssimo, quer do ponto de vista clínico, como do social, pois é justamente nos primeiros dias de idade que a radiologia tem um valor incontestável na verificação da afecção, então, predominantemente óssea. Devemos chamar a atenção dos clínicos para o valor decisivo do exame, antes do 2.º mês de vida extra-uterina, pois, aí o diagnóstico é preciso, desde que o radiologista esteja familiarizado com as lesões ósseas características da sífilis.

Ultimamente, alguns autores, principalmente americanos, tem procurado demonstrar que a osteo-condrite luética pôde ser confundida com as chamadas faixas bismúticas, que aparecem nas regiões metafiso-epifisárias dos ossos longos dos recém-nascidos, quando durante a gestação foi feito intensivo tratamento pelo bismuto. Alguns colegas tem por isso, subestimado o valor do exame radiológico, por dar o mesmo a impressão de ter perdido o especificismo diagnóstico e o crédito em que era tida a "oste-condrite de Wegner". Devemos lembrar, que, mesmo que o aspeto radiológico fosse "idêntico" em nada perderia o valor o exame, porquanto uma simples anamnese resolveria na grande maioria dos casos o problema.

Deante dessa confusão, resolvemos estudar detidamente as radiografias apresentadas por aqueles autores americanos e, pudemos chegar a conclusão, que se observarmos detidamente a linha metafiso-epifisária dos ossos longos afetados por "faixas bismúticas" ela se apresenta com as características normais, ao passo que, em todos os nossos casos de lues óssea congênita em nati-mortos controlados por exame histopatológico, jamais encontramos uma linha metafiso-epifisária, siquer, que não apresentasse irregularidades dos contornos, traduzindo as alterações osteo-condrais, características da lues.

As faixas claras e escuras observadas na metafise dos ossos

longos dos recém-nascidos, cujas gestantes sofreram afecções graves durante a gravidez apresentam também linhas metafisárias mais nítidas, se examinarmos cuidadosamente as radiografias.

Quanto ao valor da positividade do exame radiológico em relação as soro-reações, basta citar Cervini e Bagani que demonstraram cabalmente a superioridade do exaradiológico quando o mesmo é tecnicamente bem praticado e corretamente interpretado.

Dr. Vicente Lara. — Desejava realçar o papel que o roentgen-diagnóstico pode desempenhar em esclarecimentos desta natureza.

Acredito que o diagnóstico clínico que mais abusivamente se faz em nosso meio é o da sífilis congênita. Aliás, presumo que desse abuso padeça todo o país. Houve mesmo um catedrático de uma de nossas Faculdades de Medicina, de reconhecida capacidade, que ensinou, a repetidas gerações de estudantes que passaram pelas suas enfermarias, que eles deviam pensar sífiliticamente. E' admissível que isso fôsse u'a maneira certa de julgar em épocas pretéritas; hoje, quero crêr que ninguém mais a admitiria.

Não alcanço bem por que se creou essa atitude tão favorável, de tanta receptividade, se me fôra lícito assim me expressar, ao diagnóstico da sífilis, porquanto, mesmo em se admitindo a sua incidência, ela é relativamente branda em nosso país.

Moura Costa, em trabalho muito interessante sobre as condições da sífilis em nosso meio — trabalho êsse que repercutiu na imprensa estrangeira — relata fatos extremamente curiosos a êste respeito.

Assevera que a sífilis, no Brasil, é mais benigna do que na Europa. Ao afirmar isto, faz questão de esclarecer que a sua benignidade não a faz comparável à sífilis exótica da África. Embora a sua opinião louve-se em observações feitas em doentes da raça branca, em sua grande maioria,

adianta que sífilis, entre os negros, é de gravidade menor do que entre os brancos, o que, aliás, está de acordo com a observação universal, como, ainda há pouco, tive ocasião de referir ao comentar o trabalho do dr. Refinetti.

Tratando dos adultos frisa ainda que, em nosso meio, grande é a predileção pelo aparelho cárdio-vascular; chama a atenção para o fato da ocorrência da neuro-sífilis ser menor aqui que alhures, e quando ela se apresenta, a modalidade que mais comumente se reveste é a da paralisia geral, sendo mais omissas as demais manifestações nervosas.

E, finalmente, um ponto que de perto nos interessa, menciona constituírem raridade, as formas ósseas tardias.

Mas estas e outras criteriosas opiniões pouco ou quasi nada têm pesado na balança. A avalanche da literatura nacional, máxime da francesa, que empresta à sífilis foros de desbragada universalidade, continua a asfixiar o bom senso que deveria presidir este diagnóstico.

Em tais escritos parece ter aberto falência o espirito critico. O que, em matéria de sinais clínicos, tem sido descrito como pretensos estigmas, constitui uma verdadeira orgia que, em vez de simplificar dificulta o seu reconhecimento.

Com a orientação hodierna de se submeter todas as gestantes sífilíticas ao tratamento específico, veio de certa maneira crear troços maiores ao diagnóstico da lues congênita. Mesmo que o tratamento, durante a gravidez, não seja perfeito — o que sucede via de regra — costuma elle, contudo, ser bastante eficiente para facultar que a gestação seja levada a termo e permitir que o recém-nascido não apresente as lesões clássicas que eram habituais há dois decênios atrás.

Raro é hoje, pelo menos aqui na Capital, encontrar-se nos ambulatórios de hygiene infantil e centros de saúde, um lactente com sífilides, pênfigos ou outras lesões de igual expressão.

A' superabundância de outrora succedeu a escassez em nossos dias.

Dai o embaraço que, ante a ausência destas manifestações clínicas de valor absoluto, se encontra o pediatra em decidir-se, em situação ambigua, pró ou contra a existência de uma sífilis pré-natal.

Por este motivo considero que assiste absoluta e integral razão a Feer, um dos mais altos e lúdimos valores que tem cultivado a nossa especialidade, quando afirma, em seu famoso livro valores que tem cultivado a nossa especialidade, quando afirma, em seu famoso livro "Diagnóstico das doenas das crianças", que o diagnóstico da sífilis congênita erige-se em verdadeira pedra de toque onde se póde julgar dos largos conhecimentos e da serenidade do espirito de discernimento de um pediatra.

Informados que sois, por esta pequena amostra, das contendas e precalços que entravam o diagnóstico clinico, gostaria ainda de fazer conhecer aos senhores radiologistas, que uma das questões que mais apaixonam aos sífillografos e aos pediatras é o procedimento que se deva ter ante um recém-nascido aparentemente são que acaba de ser gerado por uma mulher sífilítica, quer tenha ou não ela, durante a sua prenhez sido submetida ao tratamento anti-luético.

Há os que preceituam o tratamento a despeito de qualquer circunstância; há os que contra-indicam, e opinam que se abstenha até a oportunidade em que se manifeste algum sintoma que valha de peso à decisão neste sentido. Esta tese absorve e fascina-nos hoje tanto nos seduziu, tempos atrás, a questão de como se processava o legado sífilítico.

Vêem, portanto, os senhores radiologistas, que nós, mais do que ninguém, temos o maior interesse em nos certificar se houve ou não transmissão de lues materna ao filho, porque quanto mais cedo agirmos tanto mais efficientes seremos.

E assim é que na imprecisão dos dados anamnésicos e na ausência de outros elementos que nos autorizem a um pronto reconhecimento, o diagnóstico clínico vai se tornando, dia a dia, um problema que se translada de clínica para o laboratório.

Nesse caso, quais são os recursos que o laboratório nos fornece? E' o que pretendo, sumariamente, enumerar se assim m'o sentirem.

1.º A pesquisa do espiroqueta nas paredes da veia umbilical é um método pouco generalizado na rotina diária, devido às dificuldades técnicas que ela implica. E' obvio que a sua presença impõe, sem maiores controvérsias, o diagnóstico de sífilis; sem embargo, cumpre ressaltar que o resultado negativo não exclui determinante-mente a possibilidade da criança estar infectada.

2.º) O exame anatómico, isto é., o tamanho, peso, conformação e, principalmente, a investigação histológica da placenta tiveram sua época de prestígio como recurso de valor para o esclarecimento do diagnóstico. Atualmente, todos os obstétricos, pediatras, sífilígrafos e anátomo-patologistas são unânimes em emprestar um valor precário àquilo que dantes se admitia com tanta segurança.

3.º) A reação de Wassermann feita com o sangue colhido no umbilical, foi igualmente apeada da posição de árbitro a que tinha sido alcançada em dias relativamente recentes.

Temos à hora presente, por princípio pacífico, que o exame de sangue em tais condições tem pouco valimento para se decidir se uma criança nascida de mãe sífilítica acha-se ou não contaminada, porquanto a reação positiva não implica obrigatoriamente que o recém-nascido seja sífilítico, e que, por sua vez, a reação negativa não invalida a hipótese contrária, isto é., da criança ter sífilis.

Este aparente paradoxo explica-se da forma seguinte:

Na primeira hipótese, o resultado positivo da reação é assegurado pela passagem, através da placenta, das reagentes maternas ao feto, o que condiciona, naturalmente, a positividade do Wassermann. Em tais casos, à medida que as semanas correm, esta reação, que de início costuma ser nitidamente positiva, tem, a seguir, a sua positividade diminuída, depois faz-se ela duvidosa, para finalmente, converter-se definitivamente, em negativa.

Na segunda hipótese explica-se o resultado pelo fato da criança encontrar-se em fase serológica negativa.

Frank R. Smith Jr. afirma, no artigo que escreveu sobre sífilis no tratado de Holt's Disease of Infancy and Childhood, que o recém-nascido com sífilis congênita raramente forma seus próprios anticorpos no decorrer do primeiro mês de sua existência e que, de hábito, uma reação de Wassermann constantemente positiva só é encontrada após o terceiro mês.

Pelas razões apontadas faz-se imprescindível que estes exames sejam repetidos periodicamente. A titulação do Wassermann é que tem aqui valor absoluto: 1.º) No caso de negatividade, isto é., da criança não ser sífilítica, a titulação vai decrescendo progressivamente à medida que se repetem as provas; 2.º) No caso de positividade, vale dizer, ser a criança sífilítica, a titulação eleva-se cada vez mais.

Sucedendo ser este método de titulação não só dispendioso como difícil de ser posto em prática basta que se refaça algumas vezes a prova sorológica. Se o resultado positivo desde a 6.ª semana, assim se conservar até o 2.º mês, pode-se admitir a existência da sífilis. Na conjectura de ser negativo e nesse estado permanecer até os dois meses, é mister que o teste sorológico seja repetido aos seis meses, um ano e dois anos, e, somente se os exames procedidos, nesses prazos, forem sistematicamente negativos é

que se poderá considerar a criança como indene.

Considerem, os senhores, que o julgamento fundamentado nesta reação serológica muito distante está de ser tão elementar como parece à primeira vista, e que cientificamente as cousas muito diferem do que se vem praticando aí fóra.

4.º) Resta, finalmente, a contribuição da radiologia. O dr. Refinetti contou-nos alguma coisa a seu respeito, e o Prof. Barros completou o que foi referido, focalizando admiravelmente o problema.

Sem dúvida alguma, das lesões enumeradas, as que se encontram com maior frequência são, inicialmente, as ósteo-condrites, e, mais tarde, as periostites.

Leon Tixier, querendo bem delimitar as fases da vida a que são peculiares estas lesões, denomina a ósteo-condrite de doença obstétrica, e a periostite, de doença infantil.

Em face dos repetidos achados radiológicos, não pode haver a menor hesitação em se afirmar que a ósteo-condrite pode ser diagnosticada logo nas primeiras semanas, ao passo que o mesmo não sucede em relação à periostite. McLean assevera jamais a ter encontrado antes do quarto mês, enquanto que Pehu, — o renomado pediatra de Lyon — afirma poder-se identificá-la já a partir do segundo mês.

Um ponto que se me afigura de importância a assinalar, pelo seu significado na orientação prática dos clínicos aos radiologistas, é que, tanto uma como outra lesão, tendem a desaparecer espontaneamente, mesmo quando não se efetue o tratamento específico. O desaparecimento da ósteo-condrite dá-se por volta do quarto ou quinto mês, enquanto que o da periostite, cerca do segundo mês.

O Prof. Barros apontou a inconveniência do termo "periostite" para designar as lesões pretendidas como tal, que, mau grado a sua impropriedade, continua a ser

moeda corrente na linguagem médica. Que a tolerância em nossa ciência para a impropriedade de terminologia atinge as raias da incoerência, não constituindo exceção o caso em apreço, basta atentar ao quanto de incorreção há nas expressões "heredolues" ou "sífilis hereditria" que a despeito de terem sido, urbi et orbi, reconhecidas como incorretas, já se consagraram pelo uso e assim continuamos a delas nos servir como se fossem a coisa mais legal do mundo.

Interessante seria lembrar, ainda que fôsse de passagem, os aspectos radiológicos de que se revestem as lesões ósseas da lues consoante ela se manifeste, precoce ou tardiamente. Na primeira eventualidade ela é sempre generalizada e simétrica enquanto que, na segunda, é localizada e única.

E' possível que a citação feita pelo dr. Refinetti do trabalho de Caffey, aparecido no American Journal of Roentgenology and Radium Therapy, tenha chocado um pouco o auditório. Mas é preciso que tenhamos em mente que Caffey é radiologista e não um pediatra, e que ele presta a sua colaboração a um dos mais reputados hospitais infantis dos Estados Unidos: o Babies Hospital, da Columbia University.

Realmente, à primeira vista, são comprometedores aos fóros da radiologia as conclusões a que ele chegou, examinando 550 lactentes não sífilíticos. Mas, na realidade, bem diverso é o seu significado. Têm elas o mérito de expurgar as possibilidades de erro que podem deturpar o diagnóstico legítimo, convertendo dessarte a radiologia num recurso de grande valia e no qual podemos confiar plenamente.

Não obstante, força é salientar que três modalidades de ósteo-condrite sífilítica não foram encontradas neste grupo de crianças, portadoras de outras afecções que não sífilis, por ele estudadas: 1.º) a que se apresenta sob um aspecto irregular, denticulado, que

os americanos chamam de "saw-tooth"; 2.º) a que se caracteriza por focos de rarefação nos ângulos de junção da cartilagem com as diáfises, e 3.º) as efrações múltiplas das extremidades.

Outra aquisição pacífica nos domínios da radiologia é a destituição do valor das chamadas "faixas bismúticas" a que se referiu o dr. Refinetti e descritas anteriormente como expressão de lues. Hoje sabemos, de ciência certa, que elas podem ser produzidas igualmente pela administração dos sais de bismuto. Para a sua comprovação foram realizadas experiências, tanto em animais de laboratórios como em "anima nobili", isto é, mulheres grávidas não sífilíticas, comprovando-se, mais tarde, nos frutos de sua gestação, a referida faixa.

Como vêm os senhores radiologistas, nós, pediatras, em muito alto apreço temos a sua coopera-

ção que, em determinadas situações, julgamos mesmo inalienável.

Se nós não a utilizamos com frequência maior é somente devido ao fator econômico. Sabemos que uma só radiografia frequentemente não satisfaz, pois, nos casos de dúvida, torna-se necessário repeti-las periodicamente para que qualquer hesitação seja desfeita. Aliás, esta questão do montante dos gastos não constitui uma preocupação somente nossa; mesmo nos Estados Unidos, onde as condições econômicas são opostas às que possuímos, os americanos fazem sentir o quanto são elas onerosas.

Com estas considerações, pretendi apenas focalizar os óbices de que se reveste o diagnóstico da lues congênita, nomeadamente quando se encontra ausente manifestação clínica patognomônica, e procurei ressaltar de como os senhores radiologistas podem prestar o seu concurso.

SECÇÃO DE OTORRINOLARINGOLOGIA E CIRURGIA PLÁSTICA EM 17 DE MAIO DE 1945

Presidente: Dr. José Freire Matos Barreto

Sinusite, seu tratamento cirúrgico. — Dr. Mário Ottoni de Rezende. — Comentários. — Dr. Homero Cordeiro. — Em 1920, quando apresentou sua tese de doutorando à Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, sob o título de "Cirurgia externa das sinusites frontais", predominava a cirurgia ampla, que cogitava mais da cura que da estética. Nesse trabalho, divulgou o processo de Taptas-Kuhnt, empregado pelo seu mestre, o Prof. Marinho, que era a combinação do processo de Kuhnt ao de Taptas, e que atingiu o limite máximo da cirurgia radical.

Em 1921-22, no seu estágio de aperfeiçoamento na Alemanha e Austria, observou que havia a preocupação de se conseguir a cura com a estética, e esse escopo era geralmente obtido pelo processo de Jensen-Ritter.

Considera esse processo ótimo, principalmente quando se deixa conforme recomenda o Prof. Seiffert, durante 40 a 60 dias, no canal frontal, como dreno, o bico de borracha de uma chupeta, com a parte ampular (fenestrada) dentro do seio, de modo que essa parte dilatada impede a descida do dreno.

Nos casos de sinusite bilateral, dá preferência ao processo de Lothrop-Sebileau. É uma operação estética e, além disso, pela abertura dos seios, que se transformam numa só cavidade, amplamente drenada nas duas fossas nasais, há uma garantia quasi que absoluta de se conseguir a cura radical.

Termina incentivando os colegas mais jovens na prática dessa intervenção, cujas primeiras dificuldades serão facilmente superadas,

praticando-a algumas vezes em cadaver.

Dr. Mário Ottoni de Rezende. — Voltou a falar dizendo que, lhe passara dizer que no tratamento das sinusites os tamponamentos são proibidos e, devem ser realizados somente em casos de muita urgência e, assim mes-

mo não deve permanecer o tampão por mais de 4 a 48 horas, o que já é muito, porque naturalmente poderá implicar em infecção.

E continuando, disse que as causas fisiológicas que rodeiam todas as funções do aparelho respiratório, são as mesmas que rodeiam qualquer outra moléstia.

SECÇÃO DE MEDICINA EM 20 DE ABRIL DE 1945

Presidente: Dr. Bernardino Tranches

Sífilis gástrica. — Drs. Rui Marguti e Oswaldo Aguiar. — Os AA. fazem um apanhado da literatura estrangeira e nacional dos últimos dez anos, apresentando alguns dados estatísticos que demonstram a relativa raridade da sífilis gástrica.

Em seguida, focalizam a possibilidade do diagnóstico clínico da afecção, descrevendo e analisando os vários sinais e sintomas, ressaltando a importância do test terapêutico quando coadjuvado pela radiologia. Comentam também a questão do critério bacteriológico e anatomopatológico, para o diagnóstico da sífilis gástrica.

Os AA. chamam a atenção e descrevem pormenorizadamente o

diagnóstico diferencial desta afecção com a úlcera peptica simples e em especial com o câncer gástrico.

Concluem: que o quadro clínico permite formular a suspeita de lues do estômago; que o auxílio dos raios X reforçam esta suspeita e finalmente, que o test terapêutico controlado pela clínica e pelos raios X autoriza com segurança o diagnóstico da sífilis gástrica.

Finalizando os AA. apresentam um caso com documentação clínica, exames de laboratório subsidiários, documentação radiológica e exame anatomopatológico (peça operatória).

O trabalho se acompanha de extensa lista bibliográfica.

SECÇÃO DE MEDICINA EM 21 DE MAIO DE 1945

Presidente: Dr. Bernardino Tranches

Derivações precordiais múltiplas segundo a técnica de Pardee. — Dr. Quintiliano H. de Mesquita. — O A. faz a divulgação dos trabalhos de Wilson e col. sobre as Derivações Precordiais Múltiplas, apresentando a sua casuística com a técnica preconizada por Pardee.

Inicia o seu trabalho com um breve histórico e passa em revista a origem do complexo ventricular; o eletrocardiograma normal; e o aspecto das Derivações Precordiais Múltiplas nas Hipertrofias ventriculares, nos Bloqueios de ramo e no enfarte do miocárdio.

Termina o seu trabalho com as seguintes conclusões:

1) As Derivações dos Membros e as Precordiais Múltiplas se completam.

2) Nas hipertrofias ventriculares, as Derivações Precordiais Múltiplas fornecem, ao lado das Derivações dos Membros, elementos preciosos para o prognóstico além de indicar qual o ventrículo hipertrofiado.

3) Servem para estabelecer a diferenciação dos bloqueios de ramo do feixe de His (direito e esquerdo), localizando exatamente o ramo lesado a despeito da posi-

ção do coração ou de hipertrofia do outro ventrículo onde o ramo é normal.

4) Nos bloqueios de ramo completo e incompleto é por intermédio delas que quasi sempre se faz o diagnóstico diferencial; pois que, as Derivações dos Membros são geralmente iguais nos dois.

5) Localisa seguramente o enfarte do miocardio e informa até certo ponto sobre a sua extensão.

6) Em raras ocasiões, as Derivações Precordiais Múltiplas e as Derivações dos Membros são discordantes na sua indicação; quando isto acontece deve-se dar todo direito às primeiras.

7) A posição do coração tem influência comprovada sobre a forma do complexo QRS do eletrocardiograma precordial, tanto em indivíduos normais como nas hipertrofias ventriculares e bloqueios de ramo, a exemplo do que ocorre com as Derivações dos Membros.

8) A ausência da deflexão R (menor que 2 mm. ou ausente) nos primeiros pontos precordiais é encontrada na hipertrofia do ventrículo esquerdo, no bloqueio do ramo esquerdo e no enfarte da parede anterior do ventrículo esquerdo.

9) Para o estudo da transição do complexo QRS, achamos deficiente a tomada de tão somente EF1 EF3 e CF5.

SECÇÃO DE MEDICINA EM 30 DE JUNHO DE 1945

Presidente: Dr. Bernardino Tranchesi

Tiouracil no hipertireoidismo.

Dr. Luciano Décourt. — O A. fez uma revisão aos trabalhos anteriores e discutiu o modo de ação do Tiouracil, no hipertireoidismo. Apresentou depois os resultados de sua experiência com essa droga, no tratamento de 11 casos de hipertireoidismo, sendo 6 de Basedow, 3 de adenoma tóxico e dois de tireotoxicose sem bócio. Mostrou a curva metabólica dos casos tratados, bem como microfotografias das glândulas removidas pela intervenção. Relatou as reações tóxicas observadas em dois casos, sendo que num o paciente faleceu em virtude de icterícia, evoluindo provavelmente pela atrofia aguda amarela do fígado.

Terminando acentuou que o Tiouracil, apesar de constituir um medicamento eficiente na terapêutica do hipertireoidismo, deve ser empregado com muita cautela, pois apresenta o inconveniente de determinar reações tóxicas graves, imprevisíveis, muitas vezes fatais. E' de se supor mesmo que derivados menos tóxicos, como aconteceu com as sulfanilamidas, venham a ser descobertos e utilizados.

70)

Comentários. — Dr. Eusímio Batista. — O Tiouracil frena a ação do iodo, não deixando, que este entre na glândula. Age segurando a hormona? Como se explica a ação dupla nessas condições? Pois, o iodo devia segurar a hormona.

Dr. Bernardino Tranchesi. — O dr. Gonzalez Torres, em trabalho apresentado a esta Casa, deixou a impressão de que está trabalhando com tiouracil, como estava trabalhando com iodo, isto é, usando aquele medicamento apenas como preparatório de tireoidectomia. O dr. Luciano Décourt disse que está usando o tiouracil, mesmo fora desta eventualidade, por isso gostaria de saber quais os resultados.

Outro ponto interessante é o das manifestações tóxicas. O que se está passando com tiouracil é o mesmo que se passou com a sulfanilamida.

Nos casos publicados a morte ocorreu quando foi atingida a dose de duas gramas. Pergunto se nos casos do dr. Décourt foi atingida essa dosagem.

Dr. Luciano Décourt. — Ao coléga devo tornar a acentuar que, tanto o iodo como o tiouracil melhoram o hipertireoidismo, porém, agindo de modo diverso. O iodo, admite-se, retém o colóide, e portanto a hormona, dentro do folículo, evitando, assim, que o mesmo passe à circulação. Já o tiouracil evita, ou impede a elaboração da hormona por parte da tireóide, bloqueando o aproveitamento do iodo por essa glândula. De fato,

a quantidade de iodo necessária para o tratamento do hipertireoidismo não é grande: sabemos que bastam 6 miligramas diárias desse elemento para melhorar a perturbação.

Não sei, de momento, quais as quantidades médias de iodo ingeridas, numa alimentação comum, mas penso que são pequenas e insuficientes para agir no hipertireoidismo.

SECÇÃO DE UROLOGIA EM 25 DE MAIO DE 1945

Presidente: Dr. J. Martins Costa

Sugestões e considerações para uma técnica de resecção transuretral da próstata. — Dr. Fued Saad. — O autor discorre sobre a disposição do doente e dos instrumentos, aparelhagem, anestesia, tempo operatório. Faz considerações acerca do ponto inicial da secção. Finalizando diz que a resecção transuretral da próstata é uma verdadeira prostatectomia parcial endoscópica, realizada através das vias naturais.

Comentários. — Dr. J. Martins Costa. — O primeiro comentário que desejo fazer é que, ainda que se trate de um trabalho teórico, não haja a apresentação de uma estatística embora pequena. A descrição das técnicas encontramos comumente em todos os livros especializados. Em primeiro lugar, si ele apresenta um trabalho a respeito, devia também mostrar as vantagens da resecção. Limitou-se porém, a descrever apenas uma técnica. Esquece de um lado que nos resultados obtidos é muito importante se estudar a classificação um tanto diversa. A ótica de visão dos angulos apresenta talvez determinada vantagem e, hoje mesmo apresenta vantagens sobre os aparelhos de corte a frio.

Defendem os Autores que preferem os aparelhos de resecção de corte a frio, as suas vantagens, principalmente para o lado da infecção por menor poder que tenha uma corrente diatérmica, sempre

apresenta coagulação. As infecções secundárias são muito difíceis.

Dr. Fued Saad. — O título de meu trabalho é "Sugestões e considerações sobre uma técnica de resecção transuretral da próstata", portanto, é um assunto bem limitado e não uma estatística pessoal. Tenho uns doze ou quinze casos de resecção feitos por mim e, este é um assunto pelo qual me apaixonei durante quatro anos. Até 1938 não deixei uma literatura que não consultasse com carinho. Acho que este esforço me faculta apresentar este trabalho muito modesto, que não tem a pretensão de ser uma novidade. Poderia falar sobre as vantagens da resecção e sobre o emprego de outros aparelhos. Do meu ponto de vista, a resecção transuretral da próstata é mais um valioso método terapêutico, que não pretende suplantir o método de Freyer ou a prostatectomia perineal, mas que apresenta tais vantagens dentro de suas indicações, que não deve deixar indiferentes os urologistas brasileiros.

Contribuição ao estudo da alcaptonúria. — Dr. Carmelo Cozua. — O A. apresenta um caso de alcaptonúria, perturbação do metabolismo das proteínas, que se caracteriza pelo escurecimento das urinas após sua emissão e exposição ao ar. Resalta a raridade da afecção e faz um exame retrospectivo da literatura nacional a

respeito, referindo cronologicamente outros quatro trabalhos apresentados desde 1933 em nosso país.

Numerosos testes e reações são realizados a urina, confirmando a existência desse distúrbio metabólico.

Em seguida o A. faz referências ao histórico, à etiopatogênese e clínica da afecção, apresentando ainda suas relações com o Ocronose, quadro nosológico dependente da alcaptonúria com uma sintomatologia característica e que acarreta distúrbios mais sérios não observados na alcaptonúria.

O A. faz ainda referências ao trabalho de Young, que apresen-

tou um caso de litíase prostática em doente portador de alcaptonúria e Ocronose, ressaltando a relação íntima existente entre estas três entidades clínicas, subordinadas a uma só perturbação metabólica, relatando outros 6 casos de litíase prostática em alcaptonúrias com Ocronose, revelando este fato a existência de uma verdadeira litíase ocrônica.

O A. conclui que a alcaptonúria é um distúrbio metabólico das proteínas que não deve ser conhecido apenas pelo médico internista, e, sim, também pelo urologista, por se apresentar com uma síndrome urinária característica.

SECÇÃO DE OBSTETRICIA E GINECOLOGIA EM 29 DE MAIO DE 1945

Presidente: Dr. A. Frância Martins

"Rh na patogênese da eritroblastose fetal". — Dr. Humberto Costa Ferreira. — Comentários. — Dr. Francisco Cerruti. — A questão do Rh exorbitando do âmbito da especialidade gineco-obstétrica passou a ser, hoje em dia, de conhecimento obrigatório aos médicos em geral.

E, para citar um dentre os numerosos exemplos, desejo lembrar o grande alcance prático que o fator Rh representa na profilaxia de certas reações por transfusão. Assim à luz dos conhecimentos modernos não mais se justifica que quem pratique uma transfusão, inclusive entre indivíduos do mesmo tipo sanguíneo, desconheça a possibilidade de uma reação mais ou menos grave por ser o doador Rh positivo e o receptor possuir o fator anti-Rh circulando em seu sangue.

Em vista da dificuldade de, em muitos casos, se fazer o diagnóstico precoce de eritroblastose do recém-nascido parece de real utilidade não se perder a oportunidade em se praticar o exame do esfregaço do sangue do cordão umbelical pois sabemos que na eritroblastose há um aumento característico das hemátias nucleadas

tais como os eritroblastos. Assim, à custa desse recurso relativamente simples, poder-se-ia verificar que muitos natimortos são fetos eritroblastóticos e quiçá mesmo se pelos esfregaços sistemáticos do sangue do cordão umbelical não se diagnosticasse com mais frequência e precocidade a eritroblastose fetal ou se identificassem casos frustos que, de outra forma, poderiam passar despercebidos.

Passando, agora, ao assunto estrito da especialidade e atinente à indicação obstétrica pura lembraria a possibilidade de se firmar o diagnóstico de eritroblastose fetal "in útero".

Naturalmente esse diagnóstico é feito não só pela anamnese progressiva materna referente à existência de nati-mortos ou recém-nascidos com os característicos eritroblastóticos, bem como esse diagnóstico — repito — estriba-se no fato do pai ser Rh positivo; a mãe ser Rh negativo e possuir em seu sangue aglutininas anti-Rh em alta concentração. Pois bem, para esses casos, nos quais a obstetria prevê, com grande probabilidade, o nascimento de um feto eritroblastótico, alguns autores prati-

cam a indução do parto no 8.º mês.

Trata-se de um recurso valioso porquanto poupa, por um tempo desnecessário, o sangue fetal da agressão dos hemolisinas anti-Rh circulantes no sangue materno e diminui a mortalidade do recém-nascido eritroblastótico.

Pareceu-me muito interessante o caso clínico relatado pelo dr. Costa Ferreira sobre o diagnóstico retrospectivo de diversos filhos eritroblastóticos numa mesma gestante e perguntaria porque um deles não apresentou sinais de eritroblastose.

"Os fatos sociais na obstetria". — Dr. Bussamara Neme. — Comentários. — Dr. Sílvio Oliveira de Barros. — Todos aqueles que, como nós, dedicam especial atenção, aos serviços de Assistência Pre-Natal sabem a importância que têm os dados estatísticos como os que nos foram apresentados. Por esses dados estatísticos podemos comprovar o quanto a situação econômica do povo repercute sobre a morbidade durante a gravidez e o parto.

O fato de uma maior incidência de pretas, dentre as parturientes toxêmicas, vem justamente confirmar essa observação, pois o nível cultural e econômico dos pretos é em geral muito baixo.

O dr. Neme apresenta uma estatística de incidência de eclampsia de 0,6 por mil que não é alta; mas pode ser abaixada pois no Centro de Saúde que dirigimos, em mais de mil partos de gestantes matriculadas no Serviço de Higiene Pre-Natal a incidência de eclampsia foi de 0,27 por mil.

Dr. Onofre Araújo. — Desejo apenas dar um esclarecimento ao dr. Neme, sobre a falta de um serviço social na Maternidade. No tempo em que estivemos lá, havia um pequeno posto, onde creio, o dr. Neme poderá apurar dados sobre a clínica e assistência social que lá é prestada.

Dr. Bussamara Neme. — Realmente, existe na Clínica Obstétrica

uma tendência a organização de um serviço social. Assim é que, no Serviço Pre-Natal indaga-se sempre das condições de vida das consulentes. No entretanto, ouero me referir a uma organização mais completa que, conhecidas as condições sociais deficientes da gestante procura dar-lhe amparo material, social e moral.

Finalmente, devo frisar que temos empregado na Clínica Obstétrica os antiespasmódicos, sob a forma de papaverina, o mesmo sucedendo na Maternidade Matarazzo, onde se costuma empregar a Spalmoijine.

Mastopatia crônica cística cancerizada bi-lateral. Considerações em torno de um caso. — Dr. A França Martins. — O A. refere-se a um caso de mastopatia crônica cística, cancerizada, bilateral, em uma moça solteira, de 27 anos, cujo aparecimento do tumor data de 4-5 meses. Fez com outro coléga tratamento pela testosterona, sem resultado. Feita a primeira operação biópsica, com bisturi elétrico, foram retirados dois tumores, um de cada mama, do volume de um limão grande. O exame histopatológico revelou tratar-se de uma mastopatia crônica cística, cancerizada, nas duas peças. Foram amputadas as duas mamas, operação de Halsted, com bisturi elétrico.

Após a alta do hospital, teve um derrame pleural esquerdo, não supurado, no qual o exame citológico, além de outros elementos, revelou a presença de células epiteliais multinucleares, que o analista não explicou. Veio a falecer a paciente de uma crise disenteriforme rebelde.

Em seguida, tece considerações sobre a patogênica da mastopatia cística, salientando os estudos modernos e a teoria hormonal, estrogênica. Falou sobre o conceito de pré-cancer e a relação entre a mastopatia cística e câncer, passando em revista as formas histológicas da doença, descrevendo principalmente como grave a forma papilomatosa.

Comentários. — Dr. Francisco Cerruti. — Realmente, não existem dados estatísticos e clínicos que mostrem uma grande incidência de transformação maligna da mastopatia crônica cística a ponto de autorizar a amputação sistemática da mama nas portadoras dessa entidade mórbida. Entretanto há um pormenor no aspecto histológico da lesão que por vezes poderá auxiliar o cirurgião na sua decisão; é a forma papilomatosa da mastopatia crônica cística susceptível de degeneração maligna em grande numero de casos. Desfarte, compreende-se como é importante que o anatomo-patologista, no seu laudo da biopsia, especifique a existência de vegetações epiteliais intra-císticas, contribuindo, assim, eficazmente para a solução do caso clínico.

Quanto ao aspecto estranho das células encontradas no líquido pleural perguntaria se talvez não fossem realmente células cancerosas que, por estarem isoladas e flutuantes no líquido pleural, tenham perdido os caracteres citológicos das células malignas dificultando assim seu reconhecimento como tais.

Dr. A. França Martins. — Cumpr-me dizer que sou de opinião

que o tratamento pelos andrógenos dá ótimo resultado nesta moléstia, sabendo-se, como se sabe, hoje, que a mastopatia cística de Reclus é doença estrogénica. Ha casos, e muitos, de regressão das tumorações. Quanto ao grande cisto, uma das causas do achatamento do epitélio de revestimento interno é a pressão do líquido intracístico, que pode atuar de diferente maneira nas partes diversas da ciste, que nem sempre é normalmente globoso.

Ao dr. Cerruti, devo dizer que as radiografias tiradas evidenciaram um processo tuberculoso cicatrizado, que passou silenciosamente, além de uma imagem rinfórmica do espaço retro-cardíaco, suspeito de tratar-se de um gânglio metastático canceroso ou tuberculoso. A natureza não ficou esclarecida, mas poderia justificar a causa das células multinucleadas encontradas no exame do líquido.

Sou também de opinião, de que os anátomo-patologistas deveriam salientar o aspecto histológico da mastopatia cística, pois a forma papilomatosa é de prognóstico grave, necessitando de um tratamento adequado, se bem que não radical.

Sociedade Médica São Lucas

SESSAO DE 6 DE NOVEMBRO DE 1945

Presidente: Dr. Hercilio Marrocco

Química dos carotenóides. — Prof. dr. Renato Fonseca Ribeiro. — O orador iniciou mostrando as diferenças químicas entre os elementos de um mesmo grupo de substâncias, às vezes sem a menor afinidade estrutural e menos ainda de propriedades. Passou depois a falar sobre os carotenóides, de propriedades químicas individuais, mas de característicos físicos e biológicos apresentando afinidades que permitem um estudo

de conjunto. A solubilidade escassa pode se tornar diferente com a introdução de certas cadeias. Nas gorduras a solubilidade é maior. A importância dos carotenos na vida vegetal e animal foi ressaltada, mostrando o orador que eles são pigmentos que fazem parte integrante dos organismos, como substâncias plásticas, energéticas e vitagênicas, como provitaminas, tais o alfa, beta e gama-carotenos, que dão vitamina A. Refe-

riu-se à carência dessa vitamina e ao quadro mais grave da sua hipervitaminose, que não é provocada pelos carotenos, cujo mecanismo de transformação explicou. Na discussão o dr. Fausto Figueira de Melo referiu-se aos liprocromos e suas relações com outros pigmentos, e o prof. Fonseca Ribeiro discorreu sobre a ação da vitamina A no organismo. O dr. Nogueira Martins falou sobre os vitagênios e as provitaminas, concepções que se substituíram na evolução dos nossos conhecimentos. O prof. Fonseca Ribeiro positivou as diferenças entre esses dois conceitos, dando exemplos vários. O dr. José Maria Gomes referiu-se às vitaminas D, tendo o conferencista apresen-

tado esclarecimentos sobre a ação eletiva das várias Vitaminas D, sendo mais ativa para o homem a D 2.

Ciste ou quisto? — Dr. João Noel von Sonnleithner. — O A. discorreu sobre a forma preferível de escrever ciste, cisto ou quisto? A raiz é grega, de KUSTIS, que deu cistite, inflamação da bexiga, e colecistite. Prefere ciste por motivos etimológicos, pois o "is" grego dá "e" em português. E' do gênero feminino. O dr. Eurico Branco Ribeiro referiu-se à forma usual de kysto, anterior à reforma prosódica. O dr. Jacir Quadros falou sobre o emprêgo de "ciste" nos serviços do Sanatório São Lucas.

SESSAO DE 20 DE NOVEMBRO DE 1945

Ciste epidermóide da mama. — Dr. Jacyr Quadros. — O A. tratou das cistes epidermóides da mama, a propósito de um caso que operára no Sanatório São Lucas com o dr. Eurico Branco Ribeiro. Acentuou a raridade da moléstia, que incide em 0,3% dos casos de tumor da mama. Falou sobre a escassez da literatura a respeito e discorreu sobre a moléstia, mostrando os seus aspectos clínicos, etiológicos e microscópicos. Apresentou a observação detalhada do caso operado. Na discussão, o dr. Eurico Branco Ribeiro referiu-se à origem das cistes da mama, lembrando que se formam em tecido de origem ectodérmica, não havendo necessidade, para explicá-lo de recorrer à teoria embrionária.

Mecanismos orgânicos de combate às hemorragias. — Dr. Fausto Figueira de Melo. — O A. falou sobre os mecanismos orgânicos de combate às hemorragias: retração do coágulo, trombose dos pequenos vasos, coagulação e resistência e contratilidade dos vasos. Discorreu sobre a coagulação e as deficiências orgânicas que po-

Presidente: Dr. Hercílio Marrocco

dem modificá-la e passou em revista os demais elementos que podem apresentar alteração dos princípios de defesa. Citou um caso de anestesia por curare, com profusa hemorragia, que cedeu prontamente com Botropase. O dr. Melaragno falou sobre a heparina e o dr. Paulo Bressan referiu-se à diminuição do tempo de coagulação a seguir às operações. O dr. Fausto Figueira de Melo referiu-se ao medo como fator de diminuição do tempo de coagulação. O dr. Oscar Isidoro Antônio Bruno falou sobre a ação dos sais de cálcio, útil sob outros aspectos. O dr. Eurico Branco Ribeiro falou sobre os grandes derrames abdominais, onde o tempo de coagulação é muito diminuído. O dr. Paulo Bressan falou sobre o sangue menstrual, que às vezes se coagula. O dr. Fausto Figueira de Melo lembrou a ação proteolítica dos germes sobre o mecanismo da coagulação.

Diagnóstico dos tumores intracranianos. — Dr. Roberto Melaragno. — O orador apresentou a

segunda parte do seu trabalho sobre o diagnóstico dos tumores intra-craneeanos. Falou sobre os exames subsidiários, como o liquor, a radiologia, a electroence-

falografia, descendo a minúcias de técnica. O dr. Eurico Branco Ribeiro referiu-se à tomografia e o dr. Fausto Figueira de Melo aos acidentes da encefalografia.

Sociedade de Oftalmologia de São Paulo

SESSÃO DE 15 DE OUTUBRO DE 1945

Presidente: Dr. Plínio de Toledo Piza

Como é possível pela gonioscopia o estudo da acomodação do homem. — Prof. A. Bussaca. — O A. discorreu sobre o tema salientando a impossibilidade, verificada até agora, do exame do corpo ciliar, pois os métodos até então usados para o estudo da acomodação têm sido indiretos. O professor Bussaca relatou os resultados de suas observações gonioscópicas, declarando este exame permitir, em olhos iridectomizados, a visão direta do corpo ciliar, e, assim, acompanhar e aquilatar os seus movimentos. Fez acompanhar a sua preleção de uma série de projeções ilustrativas, tendo frizado que até o momento só lhe foi possível estudar a acomodação em olhos patológicos.

Estações sanitárias nos principais portos do Brasil para o exame de imigrantes e profilaxia do tracoma e de outras doenças infecto-contagiosas. — Dr. Aureliano Fonseca. — O A. falou sobre "Estações sanitárias nos principais portos do Brasil para o exame de imigrantes e profilaxia do tracoma e de outras doenças infecto-contagiosas" tendo feito um ligeiro histórico da imigração e colonização de São Paulo, apresentando estatísticas, assim como demonstrou que o tracoma foi trazido para S. Paulo por estrangeiros. Concluindo o seu trabalho o Dr. Aureliano Fonseca apresenta as seguintes sugestões: 1.º construção de uma estação sanitária em Santos para receber to-

dos os imigrantes e examiná-los antes de permitir o desembarque; 2.º contrato de funcionários e médicos especializados em tracoma, lepra, tuberculose, infecções venéreas e outras infecto-contagiosas, para procederem aos devidos exames; 3.º atualização das legislações existentes ou elaboração de outras, que impeçam o ingresso de tracomatosos e de outras doenças contagiosas, assim como portadores de defeitos físicos e mentais. Lembra, por fim, a conveniência do Governo Federal organizar estações sanitárias nos portos de embarque e desembarque dos imigrantes, formando assim dois filtros profiláticos que iriam impedir o ingresso, em território nacional, de tracomatosos, tuberculosos, leprosos e outros portadores de doenças contagiosas, sugerindo, também que para maior eficiência e maior economia, o número de portos de desembarque poderia ser reduzido.

Para comentar os trabalhos falaram diversos sócios, tendo o dr. Pereira Gomes se congratulado com o Professor Bussaca pelos seus estudos sobre gonioscopia, principalmente na parte experimental, declarando que o Prof. Bussaca, tem na só simplificado o exame gonioscópico, mas tem tirado dele inúmeras conclusões importantes para a oculística, tal como a nenhuma utilidade, tão decantada por oculistas estrangeiros, desse processo para a patologia e terapêutica do glaucoma.

Sociedade de Gastro-Enterologia e Nutrição de São Paulo

SESSAO DE 30 DE OUTUBRO DE 1945

Presidente: Dr. José Dutra de Oliveira

O estado atual do tratamento cirúrgico da úlcera duodenal crônica. Os resultados tardios e sua influência na indicação da ressecção nas úlceras duodenais não complicadas. — Dr. Piragibe Nogueira. — O autor faz inicialmente um apanhado histórico da Ressecção focalizando sua fase inicial nos centros europeus continentais, sua expansão segura e rápida nesses meios e depois sua acolhida a princípio reservada e depois crescente nos centros norte-americanos, sul-americanos e ingleses.

Estabelece a nitida superioridade de Ressecção no tratamento cirúrgico da úlcera crônica, citando estatísticas numerosas e abrangendo um a dois decênios de "follow-up", acentuando que assim é desde que a Ressecção seja bem indicada, executada com boa técnica e o operado obedeça o regime alimentar de consolidação por prazo suficiente. Chama em seguida a atenção sobre a falta de verificação dos resultados tardios em nosso meio onde a Ressecção é praticada há 20 anos, apontando os obstáculos que encontrou nesses estudos e a necessidade que temos de vencê-los pelo menos parcialmente. Baseando em estatísticas da literatura norte-americana e em dados de sua experiência, que atinge com a Ressecção a cinco centenas de casos focaliza que esta intervenção pode proporcionar uma percentagem apreciável de resultados não satisfatórios e que além disso protege menos do que se pensava contra a úlcera peptica secundária, havendo autores que assinalam para esta complicação a altíssima taxa de oito por cento. Aponta entre as causas disto dois

fatores: o 1.º é a má seleção dos casos, sendo praticada a Ressecção em casos de indicação discutível que são os que com maior frequência produzem maus resultados; 2.º é o fator que diz respeito a defeitos técnicos na intervenção, sendo um deles a ressecção insuficiente feita em doente que o estudo clínico apurado e o quimismo gástrico demonstrariam a necessidade de ressecção ampla.

Finaliza apelando para um esforço conjunto de cirurgiões e internistas no sentido de se conseguir verificações estatísticas sobre os resultados tardios em nosso meio e no sentido de não se indicar a Ressecção nos portadores de úlceras duodenais superficiais antes de apreciar o resultado do tratamento dietético medicamentoso desde que o doente tenha meios de realizá-lo. Essa conduta visa manter ou mesmo elevar o prestígio de uma intervenção que apesar de empírica constitui ainda o melhor tratamento da úlcera duodenal crônica.

Impressões colhidas no serviço do Prof. Hormacche, de Montevideu (dedicado ao estudo da flora intestinal). — Dr. Carlos da Silva Lacaz. — O A. assinala o magnífico trabalho de equipe feito por clínicos e laboratoristas nesse centro de estudo do Uruguai, focalizando principalmente o papel dos bacteriologistas, trabalhando cada um na sua própria especialidade dentro da bacteriologia. A organização desse modelar estabelecimento de pesquisas é dada chamando a atenção não só para a sua parte de direção como para o preparo de pessoal tecnicamente preparado, o que é de capital im-

portância em todo o centro de estudos e pesquisas. Segundo um bem organizado mapa demonstra o carinho e o espírito científico que norteia os nossos vizinhos nestes assuntos, chamando a atenção para a riqueza de material de que dispõe este serviço uruguaio.

Finalizando, lamenta não haver em nosso meio ainda uma organização deste gênero que certamente muito contribuiria para a saúde do nosso povo e para novos conhecimentos científicos, apresentando a sugestão de se organizar um Serviço de Bacteriologia Intestinal na nossa Capital.

Outras Sociedades

Centro de Estudos de Oftalmologia, sessão de 23 de outubro de 1945, ordem do dia: Anátomo-patologia ocular. — Prof. W. Maffei; Discussão do relatório sobre Fôrias, apresentado pelo dr. J. Mendonça de Barros. — Drs. Durval Prado e João Carneiro.

Hospital do Juqueri, sessão de 27 de outubro de 1945, ordem do dia: Idiotia. Hipoplasia cerebral; Neuro lues. Trombose do seio transversal. Schistosomose. Oligofrenia. Epilêpsia. Tuberculose pulmonar. Peridartite sóro-fibrinosa. Meningite pneumocócica: Drs. Oswaldo Guariento, Lioba Silva, José D'Alembert, Jorge Guzzolino, Lorival Roseli.

Sociedade de Farmácia e Química de São Paulo, sessão de outubro de 1945, ordem do dia: Sugestões para revisão da Farmacopéia Brasileira: Entrega dos certificados aos alunos do Curso Diferencial, ministrado pelo prof. dr. Aristóteles Orsini.

Sociedade de Oftalmologia, sessão de 14 de outubro de 1945, ordem do dia: Alguns aspectos da retina normal em oftalmoscopia estereoscópica. — Prof. A Bussa-

ca; Modificação do gânglio de Arruga. — Dr. João Carlos Celeste.

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, sessão de 15 de outubro de 1945, ordem do dia: O problema da ligadura dos pedículos arteriais tireoidianos no decurso da tireoidectomia subtotal. — Dr. Sebastião Hermeto Júnior.

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, sessão de 6 de novembro de 1945, ordem do dia: Aspectos da Cirurgia vascular nos Estados Unidos. — Dr. Eugenio Mauro.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo, sessão de 15 de outubro de 1945, ordem do dia: Os quatro demonios da vida anímica em relação ao crime, — o medo, o amor, o ódio, o ciúme. — Dr. João Rodrigues Meréje.

Sociedade Paulista de Leprologia, sessão de 7 novembro de 1945, ordem do dia: Estado atual da luta antileprosa em Colombia. — Dr. Dário Maldonado Romero; Sobre um caso de Lupus. — Eritematoso em Lepra. — Dr. Argemiro Rodrigues de Souza.

TRANSPULMIN



VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

"Hospital Vital Brasil"

Sua inauguração. — Com a presença do eminente cientista patriótico dr. Vital Brasil, pioneiro em nosso país do estudo do ofidismo e mundialmente famoso como homem de ciência, realizou-se no dia 1 de novembro, a inauguração de mais um serviço de assistência hospitalar em nossa capital. Trata-se do Hospital "Vital Brasil", localizado no Instituto Butantã, e ao qual foi dada essa denominação em homenagem ao fundador e grande batalhador pelos interesses daquele Instituto, orgulho de S. Paulo e do Brasil. O ato teve a presença do Prof. Jorge Americano, reitor da Universidade de S. Paulo, do Prof. Otto Bier, diretor do Butantã, e demais pessoas gradas.

Após ter o Prof. Otto Bier, em rápidas palavras, enaltecido o inestimável serviço prestado por Vital Brasil, à ciência brasileira, e expressando o profundo sentimento de gratidão dos funcionários da casa para com o seu eminente fundador, o Prof. Jorge Americano, em bilhante improviso, frisou o quanto lhe agradava poder presidir uma cerimônia que, embora singela, era ditada por um profundo sentimento de justiça.

ORAÇÃO DO DR. VITAL BRASIL

Em seguida, visivelmente emocionado, o Dr. Vital Brasil agradeceu com as seguintes palavras a tocante homenagem de que era alvo:

"Esta manifestação de apreço, que tanto me eleva e sensibiliza, tem alta significação. De um lado, rememora um passado que vai longe e que está intimamente ligado à história desta casa. De outro lado, é penhor de grande valor moral, pois representa o re-

conhecimento e as homenagens dos contiuadores desta Instituição aos velhos trabalhadores, aos pioneiros, que modestamente, em pequeno número, firmaram os fundamentos deste estabelecimento.

A arvore frondosa de ramos bracejantes para o céu infinito, a cuja sombra se abrigam inúmeros trabalhadores, teve origem na pequena semente, há longos anos lançada em terra fértil. Seu embrião, protegido carinhosamente contra toda sorte de inimigos, pelos primeiros cultivadores, desenvolveu-se progressivamente, cresceu, tomou corpo, enraizou-se, até transformar-se na bela instituição que é hoje o Butantã. Quem reconhecerá no Instituto atual a humilde origem dos primeiros tempos? Um diretor, um ajudante e um escrivão, eis o seu pessoal primitivo. Num rancho, onde se ordenhavam as vacas da antiga fazenda, improvisou-se seu primeiro laboratório. A divisa dos pioneiros era trabalhar com tenacidade e amor. Veio a vitória. Novos laboratórios foram construídos. Nova vida, novos trabalhadores. A fé no futuro continuou a mesma. O pouco que conseguimos representa muito, se levamos em consideração as dificuldades daquela primeira fase. Para ser leal e justo, quero confessar que o triunfo alcançado foi devido ao esforço, à tenacidade, ao espírito de cooperação dos meus colaboradores, à minha boa sorte e principalmente às benções do Altíssimo, sem esquecer o prestígio dos poderes públicos o amparo dos senhores agricultores, que responderam generosamente ao apelo de fornecimentos do material indispensável ao estudo do ofidismo e ao preparo dos sôros anti-peçonhentos.

Não cito nomes para não correr o risco de omissões injustas e injustificáveis, mas desejo consignar minha imensa gratidão a todos quantos comigo trabalharam nesta grande obra, com os quais devo repartir as homenagens que ora recebo, pela mão generosa do atual diretor. A ele, aos jovens colegas e ao Governo do Estado, todo o meu reconhecimento pela iniciativa de dar o meu nome a uma tão importante seção deste Instituto. Com verdadeiro deslumbramento e íntima satisfação, verifico o enorme progresso e a grande eficiência deste estabelecimento, a que estou ligado pela mente e pelo coração, fazendo os mais ardentes votos para que ele continue prestando serviços à ciência, à Pátria e à Humanidade".

VISITA AO HOSPITAL

Logo a seguir, realizou-se uma visita às dependências do hospital, inteirando-se os presentes de sua organização e dos seus objetivos. O estabelecimento tem por finalidade imediata atender a todas as vítimas de picada de animais peçonhentos, procurando esclarecer a sua patologia, que ainda é obscura, e preenchendo assim uma lacuna que de há muito era sentida em nosso meio, principal-

mente numa instituição como o Butantã. Além disso, o novo hospital atenderá também os casos de endocrinopatias e doenças da nutrição, desde que os interessados procurem o Serviço de Endocrinologia Humana, existente no Instituto, o qual foi fundado pelo grande endocrinologista brasileiro Prof. Tales Martins. Assim se realizará uma de suas mais caras aspirações, isto é, a de unir um serviço de medicina experimental a um de hospitalização de doentes, com o fim de melhor investigar a patologia das glândulas de secreção interna.

Essas finalidades não excluem outras, que no futuro lhe sejam atribuídas, pois, de acordo com o decreto de sua criação, o hospital é destinado exclusivamente a ambulatório, enfermagem e observação clínica de casos de interesse dos serviços técnicos do Instituto.

O hospital é dirigido pelo Prof. José Inácio Lobo, livre-docente de clínica médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, estando o serviço de testes hormonais sob a orientação do Prof. José Ribeiro do Vale, auxiliado pelo Dr. Luciano Décourt. Prestam também sua valiosa cooperação ao serviço os Drs. Camilo Gaspar de Almeida, Eduardo da Costa Manso e Luís Müller de Paiva, assim como o doutorando Yotaka Kubo.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo

Os vencedores dos prêmios da sociedade. — Em sessão realizada no dia 30 de outubro de 1945, foram aprovados os pareceres das comissões de prêmios de 1945, sendo conferido o prêmio "Oscar Freire" de medicina legal aos drs. José Mário Taques Bittencourt e Horácio Martins Canelas; o prêmio "Oscar Freire" de criminologia ao dr. Silvio Marone e o prêmio "Sociedade de Medicina Le-

gal e Criminologia de São Paulo" ao doutorando Liberato Di Dio. Os dois primeiros serão saudados pelo dr. Moncel Pereira, o terceiro pelo dr. Hilário Veiga de Carvalho e o doutorando pelo dr. Carlos Prado. A Sociedade se congratulou com o dr. Joy Arruda pelo seu restabelecimento. Lido o balancete da tesouraria, foi aprovado com louvor. A Sociedade completa 25 anos em novembro de 1946 e foi

resolvido fazer o I Congresso Paulista de Medicina Legal e Criminologia, incluindo-se também um prêmio para o melhor trabalho de medicina legal, para os estudantes. Registrou-se um voto de congratulações com o dr. Sebastião

Nogueira de Lima pela sua investidura no cargo de interventor federal em S. Paulo. Passou-se então à eleição da diretoria e comissões regimentais que deviam tomar posse em 15 de novembro p. passado.

Centro de Estudos Franco da Rocha

Eleição da nova diretoria. — Em sessão realizada no dia 29 de setembro p. passado foi eleita a diretoria que ficou assim constitui-

da: Presidente, Dr. Aníbal Silveira; Secretário, Dr. Aloisio de Matos Pimenta; Tesoureiro, Dr. Ernani Borges Carneiro.

CONGRESSOS MÉDICOS

-I Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetria

Sua realização nesta capital. — Realizou-se na noite de 12 de novembro no auditorio da Biblioteca Municipal, a instalação da Primeira Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetria, composta de cientistas de S. Paulo, Minas e Rio de Janeiro. A mesa, que contou com a presidência da Sra. Lair Costa Rego, presidente da Legião Brasileira de Assistência e vice-presidente de honra do aludido certame, sentaram-se, ainda, o Capitão Lopes, representante do Sr. França Martins, presidente da Seção de Obstetria e Ginecologia da Associação Paulista de Medicina; Dr. Aires Neto, presidente vitalício da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo; Dr. Vitor Rodrigues, presidente da Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetria; Dr. Lucas Machado, representante do presidente da Sociedade de Ginecologia de Minas Gerais; Dr. Jaime Ramos, presidente da Associação Paulista de Medicina e Dr. Pedro Aires Neto, representante do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Capítulo de S. Paulo.

Aberta a sessão pela Sra. D. Lair Costa Rego, falou, a seguir, o Dr. França Martins, que proferiu brilhante oração em que, depois de historiar os fatos relacionados com a organização da 1.^a Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetria da Associação Paulista de Medicina, da Sociedade Brasileira de Ginecologia e da Sociedade de Ginecologia de Minas Gerais, referiu-se ao apêlo que deram à iniciativa os seus colegas do Rio de Janeiro, de São Paulo e Minas Gerais, que logo de início, vislumbraram o alcance médico social das Jornadas agora começadas.

Concluiu sua oração saudando os seus colegas congressistas, recebendo, ao terminar, aplausos de toda a assistência.

Falou, em seguida, o Dr. Vitor Rodrigues, enaltecendo a importância do certame e formulando um fim auspicioso para o futuro do país, através desse rodizio de conferências científicas. Enalteceu o espirito empreendedor dos paulistas e, em particular, dos obstetras e ginecologos moços de S.

Paulo, ao mesmo tempo que reafirmou estarem os colegas do Rio dispostos a emprestar o concurso que lhes fôr possível em prol das mais amplas realizações nesse sentido.

Coube, depois, a palavra ao Prof. Lucas Machado que teceu elogios à iniciativa de tais reuniões, exaltando, também, a capacidade realizadora dos filhos da terra das bandeiras.

O Dr. Jaime Werneck, da comitiva de Minas, leu, em seguida, uma mensagem do Dr. Otto Cirne, presidente da Sociedade Mineira de Obstetria e Ginecologia e atual diretor da Saúde Pública daquele Estado.

Após a leitura dessa mensagem, foi lida, ainda, uma saudação da Cadeira de Clínica Ginecológica da Faculdade de Medicina da Universidade de Minas Gerais, formulada pelo Prof. Clovis Salgado.

Foi assim assinado pergaminho, em três vias, firmando o convênio científico das Jornadas Brasileiras de Ginecologia e Obstetria a se realizarem, anualmente, em rodízio, em S. Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte, nas quais se debaterão as mais momentosas questões em torno da especialidade, além dos resultados das pesquisas feitas pelos cientistas patrícos, no mesmo campo médico.

A primeira sessão plenária. — Na reunião realizada no dia 13 foram debatidas interessantes e oportunas teses subordinadas ao título: "Mortalidade natal e neo-natal". O Prof. Vitor Rodrigues, presidente da Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetria, do Rio, a quem foi atribuída a presidência num gesto de fidalguia, passou a direção dos trabalhos, como homenagem da Sociedade que preside, à Legião Brasileira de Assistência, representada no ato pelo Dr. João Amorim, diretor clínico da Casa Maternal.

Iniciando os trabalhos, o Dr. Tavares de Sousa leu um relatório do Prof. Clovis Correia da Costa,

contendo sugestões de grande alcance. Depois o Prof. Vitor Rodrigues apresentou a tese sobre o tema: "Dados estatísticos de um pequeno serviço de obstetria"; o Prof. Alvaro Guimarães Filho, sobre "Mortalidade neo-natal"; o Dr. João Amorim apresentou o "Relatório anual da Casa Maternal da Infância" e ainda, em colaboração com o doutorando José Carlos Soares Bicudo, apresentou um trabalho sobre "Serviço de Ressuscitação", bem como dois outros trabalhos, o primeiro em colaboração com os Drs. Alberto R. Martinez e Jorge Tavares, sobre o tema "Rara complicação da parametrite puerperal" (esteomielite do pube) e o segundo em colaboração com o Dr. Alberto R. Martinez e doutorando José Carlos Soares Bicudo, sobre "A importância do momento da laqueadura do cordão umbilical".

O Dr. Bussamara Neme, em colaboração com o Dr. Plínio Rui e Dr. Benedito Horó, apresentou uma tese sobre "A mortalidade natal e neo-natal em relação às diversas intervenções obstétricas"; o Dr. Armando Arruda Sampaio e Dr. Bussamara Neme, ainda um trabalho sobre "Mortalidade natal e neo-natal: estudo crítico", bem como os Srs. Sílvio Oliveira de Barros sobre "O papel dos centros de saúde na mortalidade natal e neo-natal"; o Dr. S. Otenssoser e Dr. Roberto Pasqualim, sobre "O fator Rh na mortalidade fetal e neo-natal" e o Dr. João Amorim, em colaboração com o Dr. Bernardo Blay, sobre "Circulares do cordão umbilical".

Houve, nessa sessão inaugural, a apresentação de onze trabalhos, sendo a maioria discutidos pelos Drs. Espírito Santo, Benedito Tolosa, Lucas Machado, Frância Martins, Vitor Rodrigues, Argeu Murta e Bussamara Neme, participando da discussão os seus autores.

Após a reunião, os médicos que se reúnem nesta capital para a Primeira Jornada Brasileira de Ginecologia e Obstetria, percorreram, demoradamente, as depen-

dências da Casa Maternal e da Infância, colhendo magnífica impressão dos serviços ali prestados à pobreza paulistana.

As 16 horas e meia, visitaram a sede da L. B.A., à Rua São Luís, 72, onde a Sra. D. Lair Costa Rego, fez minuciosa explanação das atribuições legionárias em S. Paulo, tendo o Prof. Vítor Rodrigues expressado em nome dos congressistas, seu louvor pela obra altamente meritória que vêm sendo realizada pela L. B. A., não só em favor da solução do problema natal e pré-natal, mas também em benefício da velhice necessitada.

A noite, realizou-se, nova reunião científica no salão da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, iniciada pelo Dr. França Martins, que convidou o Professor Lucas Machado para assumir a presidência, tendo, este, em meio à reunião, convidado o Professor José Medina para o substituir, num gesto de cordialidade e fidalguia.

A sessão teve começo com a leitura, pela Dra. Clarice do Amaral, do brilhante trabalho em que figura como relator o Professor Arnaldo de Moraes sobre o tema "O valor semiológico da hiperplasia do endométrio". A seguir, foram apresentados e debatidos mais os seguintes trabalhos, de acordo com o programa pré-estabelecido: Prof. José Medican, "Metrorragia da puberdade", Dr. Lucas Machado, "Metropatia hemorrágica senil", Dr. Gustavo Rego "Curetagem prévia no tratamento dos miomas uterinos", Dr. Alcides Sena, "Metropatia hemorrágica", Dr. A. Quinet, "O endométrio nas amemorréias", Dra. Clarice do Amaral, "Dosagem da progesterona", Dr. Sílvio Ribeiro da Cruz, "Adenomiona polipóide do útero", Dr. Alberto Henrique Rocha, "Colposcopia no diagnóstico do câncer incipiente do colo uterino" e Dr. Osvaldo Bruno, "Inversão uterina".

Na manhã, de 14 às 7 horas e meia, houve uma sessão cirúrgica no Serviço do Professor José Me-

dina, após o que se fez mais uma reunião científica no Instituto do Radium "Arnaldo Vieira de Carvalho". As 20 horas e meia, realizou-se outra reunião no salão da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo.

A segunda sessão plenária.

Na sessão do dia 14 foram apresentadas e debatidas as seguintes teses, após o relato feito por Prof. Jorge Rezende, sobre o "O Problema da Accipio-Posteriores" a) Prof. Oscar Riddle, "On certain action of Prolactin and Estrogens"; 1) Prof. Alvaro Guimarães Filho, "Um aspecto da assistência à maternidade, à mãe abandonada"; 2) Dr. Edgar Rosa Ribeiro, "Prenhez intersticial róta, Caso clínico"; 3) Dr. Armindo de Oliveira Sarmiento, "A histerossalpingografia no diagnóstico da gravidez ectópica"; 4) Dr. Campos de Paz Filho, "Perigos e acidentes da histerossalpingografia"; 5) Dr. Eustáquio Peixoto Filho; Dr. R. Machado Horta, "Lesões nervosas da pelve após aplicação de forceps"; 6) Dr. Geraldo Vicente de Azevedo, "Distecia por fibromioma do colo uterino (tumor prévio)"; 7) Dr. Francisco Cerruti, "O valor da manobra de Siegmundin na versão interna"; 8) Dr. Henrique Silva, Dr. Carmelo Cocuza, "Amúria no puerpério"; 9) Dr. Osvaldo Bruno, "Inversão uterina".

As 15 horas, os médicos participantes da Jornada estiveram no Palácio dos Campos Eliseos, a fim de cumprimentar o Sr. Interventor Federal, Embaixador José Carlos de Macedo Soares, a quem expressaram as suas excelentes impressões sobre o progresso de S. Paulo.

A noite, realizou-se nova sessão científica conjunta com a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, sendo essa sessão a de encerramento do certame.

Compareceu elevado número de médicos também desta capital, especializados em obstetria e ginecologia. Após o relato final, sobre a "A mama em ginecologia e obs-

tetrícia" feito pelos Drs. A. França Martins e Pedro Aires Neto, foram debatidas as seguintes teses finais: 1) Dr. M. O. Roxo Nobre, "A roentgenterapia em face do problema do pagetmamario"; 2) Dr. Renato de Araújo Cintra, "Tratamento roentgenterápico das mastites"; 3) Prof. Floriano de Almeida, Dr. Carlos da Silva Lacaz, Dr. Domingos Andreucci-D. Olga de Barros, "Frequência de cogumelos na vagina e sua importância na genese das vulvo-vaginites";

4) Dr. Tavares de Sousa, "Operação de Karr no tratamento do prolapso total"; 5) Dr. Bruno Lobo, "Adenomas basófilos da hipofise"; 6) Dr. A. Sales, "Disgerminoma do ovário"; 7) Dr. Altair Camargo, "Cervite sífilítica e gestação"; 8) Dr. Lindolfo Credidio-Dr. José Gallucci, "Prolapso do colo uterino restante"; "Tratamento cirúrgico por via vaginal"; 9) Dr. Paulo Gorga, "Struma do ovário"; 10) Dr. Paulo Vampré, "Disgerminoma do ovário".

Instituto de Tisiologia "Prof. Juan B. Morelli"

Tratamento da tuberculose pulmonar. — Realizar-se-á do dia 18 ao dia 30 de março de 1946, em Montevideo, o QUARTO CURSO DE APERFEIÇOAMENTO TEÓRICO-PRÁTICO para o tratamento da tuberculose pulmonar.

As lições práticas serão dadas no Instituto de Tisiologia (Hospital Fermin Ferreira).

A assistência às lições teóricas é livre e às práticas, somente é permitida aos inscritos no curso e ao pessoal do Instituto.

A inscrição está aberta para um máximo de trinta médicos e estu-

dantes de medicina que tenham feito todos os cursos de Faculdade.

Aos inscritos que forem assíduos, dar-se-á um certificado.

Os pedidos de inscrição devem ser feitos pessoalmente ou por carta à Secretária do Instituto de Tisiologia, Hospital Fermin Ferreira, Pabellón XVII, Av. Larrañaga, 1380 onde se depositarão 15 pesos, (\$15,00), que é a quota estabelecida para os médicos. Para os estudantes de medicina a concorrência é gratuita.

IMPrensa MÉDICA DE SÃO PAULO

Sumário dos últimos números.

Boletim de Higiene Mental, II, 14, outubro de 1945. — Preconceitos relativos a doenças mentais. — Dr. Tarcizo Leonce Pinheiro Cintra.

Gazeta Clínica, XLIII, 5 a 8, junho a agosto de 1945. — Diagnóstico da gravidez. — Dr. Waldemar Machado; Alguns casos sobre a leishmaniose cutâneo-mucosa, com especial referência ao estado de São Paulo. — Prof.

Samuel Barnsley Pessoa; Tratamento das cervicites. — Dr. A. Wolff Netto; Monocitose como indicador da estimulação citotóxica do mesênquima ativo dos cancerosos. — Dr. M. P. Fediúchin; Nevus ocular. — Dr. Aureliano Fonseca; Características epidemiológicas dos focos de fogo selvagem. — Dr. José Aranha Campos.

Maternidade e Infância, I, 3, outubro de 1945. — Rutura prema-

tura das membranas ovulares. — Dr. João Amorim; Importância da determinação dos genótipos no fator Rh. — Drs. Humberto Costa Ferreira e Carlos da Silva Lacaz; Diagnóstico da morte intrauterina do feto, pelo tempo de coagulação do sangue materno. — Drs. João Amorim e Oswaldo Lacrete; Considerações em torno da vitamina E. — Dr. Jorge Tavares; O serviço de nutrição e dietética na Casa Maternal e da Infância "D. Leonor Mendes de Barros". — Maria Novais Filha; Brucelose e aborto habitual. — Prof. Murillo Queiroz de Barros; Influência da localização da placenta sobre a posição do feto. — Drs. João Amorim e Oswaldo Lacrete; Conceito atual do emprego dos princípios do Ergot e da hipofise posterior, no parto e no puerpério. — Levy de Almeida; Prognóstico do sexo do feto segundo Watanabe. — Drs. João Amorim, O. Lacrete, Luciano Endrizzi; Apêndice e gravidez. — Drs. João Amorim e Antonio Guariento.

Revista Brasileira de Leprologia, XIV 3, setembro de 1945. — Sobre a classificação sul-americana das formas da lepra. — Dr. Lauro de Sousa Lima; Parecer da Comissão do Rio de Janeiro; Parecer da Comissão de São Paulo; Parecer do dr. Paulo Rath de Sousa; Sobre a classificação sul-americana. — A. Rotberg; Parecer da Comissão Argentina. — Profs. Salomon Schujman, José M. Fernandez e Guillermo Bassombrio; Parecer da Comissão de Minas.

Revista de Medicina e Cirurgia, V, 3 a 6, março a junho de 1945; — Aspectos atuais da Medicina Argentina. — Dr. J. A. de Mesquita Sampaio; Radiologia da tuberculose. — Dr. Eduardo Cotrim; Oto-esclerose e moléstia de Nicolas-Favre. — Contribuição ao estudo da etiologia. — Drs. Orozimbo Corrêa Neto e Beneditus Mário Mourão; O cólo do útero como fator de distócia obstétrica. — Dr. Eduardo Martins C. Passos; Estado atual de anestesia em obs-

tetricia. — Drs. J. Onofre e Mário Nóbrega.

Revista Paulista de Medicina, XXVI 5, maio de 1945. — O estado atual do problema da varicocele. — Drs. Luis Antônio A. Sampaio Dória e Armando Eheim Filho; A medicina e a terapêutica do crime. — Prof. Flaminio Favero; Considerações sobre um caso de alopecia generalizada curada pela terapêutica endócrina. — Dr. Gustavo Friozi; Considerações gerais sobre a tuberculose hematogênica. — Dr. Homero Silveira; Catarata no Pênfigo foliáceo. — Dr. Francisco Amendola; Tratamento charlatânico no fogo selvagem. — Dr. José Aranha Campos.

Revista Paulista de Medicina, XXVI, 6, junho de 1945. — O reservatório de espermatozoides no homem. — Dr. José Taliberti; Repercussão das afecções dos seios da face e das amígdalas em oftalmologia. — Drs. Armando Gallo e Manoel Domingues de Castro; Considerações sobre um caso de eritrodermia bismútica. — Dr. Sebastião A. P. Sampaio; Relatório das atividades da Diretoria da Associação Paulista de Medicina durante os anos de 1943 e 1944. — Dr. Oscar Monteiro de Barros.

Revista Paulista de Medicina, XXVII, 1, julho de 1945. — Sobre um caso de aplasia moniliforme. — Dr. J. da Fonseca Bicudo; Alguns problemas de técnica psicoanalítica. — Dr. Darcy M. Uchôa; A arsenoterapia maciça no tratamento de sífilis. — Dr. Geraldo de Campos Freire; Sobre um caso de elefantíase filariana. — Dr. Afonso Bianco.

Revista Paulista de Medicina, XXVII, 2, agosto de 1945. — Anetoderma eritematosa de Jádassohn. — Prof. Mário Artom e dr. Luis Sterman; Casos de corpos estranhos atendidos na assistência pública. — Dr. José Augusto de Arruda Botelho; Fatores metabólicos e hormoniais de formação e

reabsorção ósseas. — Dr. José Inácio Lobo; Tratamento rápido da blenorragia pelo aproveitamento da ação oligodinâmica da prata. — Dr. Geraldo de Campos Freire.

Revista Paulista de Medicina, XXVII, 3, setembro de 1945. — Peritonite crônica encapsulante — 2.º, 3.º e 4.º casos da literatura nacional. — Drs. Waldeloyr Chagas de Oliveira e Mário Degni; Tratamento de leishmaniose pelo bismuto. — Dr. Aurélio Ancona Lopez.

Revista Paulista de Tisiologia, X, 4, julho-agosto de 1944. — Importância dos Centros e Institutos de Estudos e Investigações sobre a Tuberculose para a solução do problema tisiológico. — Seu papel de relêvo na aparelhagem da luta antituberculosa. — Dr. Clemente Ferrera; Toracoplastia na tuberculose bilateral. — Estudo de 74 casos. — Dr. Eduardo Etzel; Sobre as lobites superiores. — Dr. Otávio Nêbias; A tuberculose em nossos hospitais de clínica geral. — Dr. Laury Tavares; Sobre um caso de pleurisia controlateral no pneumotórax terapêutico. — Dr. Carlos Franco Ferreira da Costa.

Revista Paulista de Tisiologia, X, 5, setembro e outubro de 1944. O plano coordenado e eficiente para a luta contra tuberculose, traçado pelos poderes públicos de São Paulo. A colapsoterapia cirúrgica e sua vasta órbita de ação. O exemplo do Chile. — Dr. Clemente Ferreira; A significação biológica da caverna tuberculosa. — Dr. Geraldo Franco; A pesquisa do bacilo de Koch no lavado gástrico de crianças. — Drs. Plínio Martins Rodrigues, Lindorf Nogueira Carrijo e Roberto Brandi; Tipos de bacilo de Koch na tuberculose pulmonar humana. — Lindorf Nogueira Carrijo.

Resenha Clínico-Científica, XIV, 11, novembro de 1945. — Classificação e diagnóstico de laboratório dos microorganismos causadores de disenteria. — Oscar Felsenfeld; Metabolismo das vitaminas nos trópicos. — Dr. Josué de Castro; Carência protéica com referência especial à administração parenteral de aminoácidos. — William S. Hoffman, Donald D. Kozill e Karl A. Meyer.

Selecta Chimica, 2, junho de 1945. — H. Hauptmann; A avaliação matemática de ensaios biológicos. — D. Koch Weser.

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

El cáncer de la laringe. — Juan Portela, 2.ª edição, Salvat Editores, Barcelona, 1945.

Em segunda edição, acaba de aparecer o volume dedicado ao cancer do laringe da excelente coleção Manuais de Medicina Prática editada pela conhecida Casa Salvat, de Barcelona. É um volume de quasi 200 páginas, fartamente ilustrado, com fotografias, radiografias, com esquemas e desenhos a negra e a co-

res, num total de 54 figuras. Depois de expor o conceito geral, a histologia, a classificação anatomopatológica e os aspectos clínicos do cancer do laringe, o A. estende-se sobre os princípios gerais da cirurgia laringéa e estipula as indicações operatórias em cada caso particular. Trata-se, assim, de uma excelente monografia, que orienta com segurança quem deseje inteirar-se do assunto.

El hombre — nuestro tema morfológico. — Pedro Belou, ed. da "Semana Médica", Buenos Aires, 1945.

Fruto de longos e pacientes investigações, norteadas por um espírito atilado de observador e de crítico, a obra do professor de Anatomia Descritiva da Faculdade de Ciências Médicas é dessas de valor intrínseco indiscutível, traduzindo o valor de uma conceituação própria, adquirida à custo de muito estudo e dedicação. O presente volume encerra a base que permitiu ao A. desenvolver suas aulas inaugurais nos cursos oficiais que ministrou em 1944 e 1945. Expoz, então, o seu ponto de vista de anatomista diante do Homem, encarando-o morfológica e filosoficamente. O livro termina com uma exortação no sentido de se sobrepor ao homem-zoo o homem feito à imagem e semelhança de Deus. O volume contém 134 ilustrações dentro de um texto de 216 páginas.

Tuberculosis pulmonar infantil. — José M. Sala Ginabreda, Salvat Editores, Barcelona, 1945.

Num volume de perto de 250 páginas com 177 gravuras, o A. apresenta os problemas da tuberculose infantil, numa larga visão de conjunto, alicerçada em seu tirocinio na cadeira de Pediatria da Faculdade de Medicina de Barcelona. Neste livro, o A. discute a questão das reações tuberculosas, o infiltrado precoce, a adenopatia traqueo-brônquica, a alergia e o conceito de imunidade. Discorre com precisão e clareza sobre os aspectos clínicos da tuberculose na infância e, por fim, esclarece a conduta a seguir quanto à profilaxia e ao tratamento da

moléstia. É um livro de real utilidade para o clínico geral e para o tisiatra.

Prolapso genital. — Inácio D. Uren, Edição da Revista de Cirurgia, Buenos Aires, 1945.

Baseado na observação de 14 portadoras de prolapso genital, o A. realizou cuidadoso estudo sob a afecção e discorreu sobre o assunto em sua tese de doutoramento perante a Faculdade de Ciências Médicas de Buenos Aires. Assinalou o valor do traumatismo obstétrico na etiologia do mal e discutiu os aspectos cirúrgicos do tratamento aconselhado, desde o preparo prévio, a anestesia preferida (raqueanestesia), a técnica mais usada (a de Halban) e os cuidados do posoperatório. A apresentação material da monografia muito recomenda a editora.

Reumatismos vertebrais. — P. Barceló, Salvat Editores, Barcelona, 1945.

Eis um livro de atualidade. Os estudos sobre as causas e o tratamento dos reumatismos de origem vertebral têm sido muito numerosos ultimamente e têm dado oportunidade a discussões e mudanças de orientação. Assim, é de todo oportuno o aparecimento de um volume contendo o que há de mais moderno sobre o assunto, desde os dados clínicos da síndrome vertebral, a orientação do exame, as conclusões possíveis para um diagnóstico de séde, até à orientação terapêutica indicada para cada caso. A espondiloartrite anquilopoiética, a espondilose deformante, as espondilites infecciosas, as doenças do disco intervertebral mereceram capítulos especiais muito bem desenvolvidos. O volume contém 184 páginas, com 67 ilustrações.

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

RUA MARCONI, 48 - 3.º ANDAR - APART. 34 — FONES: 4-7744 E 8-2134



INSTITUTO PINHEIROS

RUA TEODORO SAMPAIO N.º 1860

(Esquina de Fradique Coutinho)

CAIXA POSTAL. 951 - SÃO PAULO

BACTERIOLOGIA
IMUNOLOGIA - QUÍMICA
SERVIÇO ANTIRRABICO

Dirção dos Drs. EDUARDO VAZ e MARIO PEREIRA

END. TELEGR. "LUZITA" Telefones. 8-2121

8-2122

HEMORRAGIAS

Medicação
de
urgência

Botropasol
Pinheiros

Em
qualquer
hemorragia
ação imediata,
segura e duradoura
com 1 c.c. apenas.

≡

S



er
a
a.
ra
o.